

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LAS
UNIDADES PSIQUIÁTRICAS DE HOSPITALIZACIÓN DE
AGUDOS**

Bibliographic review

Patient safety and safe practices in acute inpatient
psychiatric wards



Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

Curso académico 2020/2021

Facultad de Enfermería

Universidad de Cantabria

Autora: Belén Salmón Torralbo

Email: bst766@alumnos.unican.es

Directora: Irene González Sánchez



AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	2
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1 JUSTIFICACIÓN	4
2.2 OBJETIVOS	5
2.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	5
2.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	6
3. CAPÍTULO I: Marco teórico y situación actual de la seguridad del paciente en las Unidades de Hospitalización de Agudos	7
3.1 Conceptos generales en seguridad del paciente	7
3.2 Características y principales riesgos para la seguridad del paciente en las Unidades de Hospitalización de Agudos.....	8
4. CAPÍTULO II: Seguridad del paciente y asistencia en las Unidades de Hospitalización de Agudos	13
4.1 Prácticas clínicas seguras en las Unidades de Hospitalización de Agudos.....	13
4.2 Precauciones, aplicación segura y estrategias para minimizar el uso de la contención mecánica.....	18
4.3 Intervenciones que contribuyen a crear un entorno terapéutico humanizado y seguro en la hospitalización psiquiátrica.....	21
5. CAPÍTULO III: El Modelo Safewards: un cambio en el modelo asistencial hospitalario	26
5.1 Definición y desarrollo del modelo	26
5.2 Estudios y experiencias sobre la implementación de este modelo en Unidades de Hospitalización de Agudos.....	28
6. CONCLUSIONES.....	28
7. BIBLIOGRAFÍA	30
8. ANEXOS.....	39

1. RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

La seguridad del paciente (SP) influye directamente en la calidad de la atención sanitaria prestada. En el ámbito de la Salud Mental (SM) y especialmente en las Unidades de Hospitalización de Agudos (UHA), existen numerosos riesgos potenciales que derivan de la propia vulnerabilidad de los usuarios ingresados, como el riesgo de suicidio o de violencia, y de las intervenciones asistenciales relacionadas, entre otros, con la medicación o la aplicación de la contención mecánica. Estos riesgos pueden originar incidentes o eventos adversos (EA), comprometiendo la seguridad de los pacientes.

Por ello, para reducirlos o prevenirlos, se deben considerar diversas estrategias, como la valoración de los factores contribuyentes, la utilización de sistemas de notificación o la implementación de prácticas seguras, en donde Enfermería ocupa una posición determinante. Además, es necesario atender a la estructura física y a la relación terapéutica para conseguir un entorno humanizado y seguro, de forma que se están empezando a implementar nuevos modelos asistenciales, como el Modelo Safewards, cuyo fin es promover la seguridad en la atención sanitaria.

Sin embargo, la SP en la hospitalización psiquiátrica está poco investigada, lo que supone una menor notificación de los incidentes y EA relacionados con los riesgos presentes en estas unidades.

Palabras clave: “seguridad del paciente”, “gestión de riesgos”, “pacientes internados”, “psiquiatría”, “coerción”.

ABSTRACT

Patient safety (PS) is an important quality indicator in healthcare. In the field of Mental Health (MH), especially in the Acute Hospitalization Wards (AHW), there are more potential risks that derive from the own vulnerability of the inpatients, such as the suicide or violence's risk and the interventions care carried out related to medication or the application of mechanical restraint, among others. Together, they can cause adverse events (AE) and, therefore, endanger the SP.

Thus, various strategies must be taken into account, such as the assessment of contributing factors by nursing staff or the use of notification systems or the implementation of safe practices, where nursing occupies a decisive position. In addition, it's necessary to take into account the physical structure and the therapeutic relationship to achieve a humanized and safe environment, so that new care models are beginning to be implemented, such as the Safewards Model, whose purpose is to promote safety in health care.

However, PS in psychiatric hospitalization is poorly investigated, which means less notification of incidents and AE that have occurred and are related to the risks present in such wards.

Key words: “patient safety”, “risk management”, “inpatients”, “psychiatry”, “coercion”.

2. INTRODUCCIÓN

La SP constituye un importante indicador de calidad en relación a los cuidados de salud prestados, de forma que la mejora de esta constituye una prioridad hoy en día en la atención sanitaria. Perseguir y garantizar una cultura de seguridad que a su vez sea de calidad, mediante la creación de entornos y estructuras asistenciales seguras, contribuye a aumentar la satisfacción de los usuarios, facilitando, además, su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con su estado de salud (1).

Concretamente, en el ámbito de la SM, es necesario prestar especial atención a la SP en las UHA, ya que los usuarios hospitalizados en dichas unidades presentan un mayor riesgo potencial de estar expuestos a EA debido a diversos motivos, entre los que destacan: las propias características de la patología mental, y específicamente, del episodio agudo psiquiátrico sufrido; la mayor vulnerabilidad, o el carácter de las intervenciones terapéuticas, que en ocasiones hay que llevar a cabo en contra de su voluntad (1). En concordancia con esto, un estudio realizado en España entre 2013 y 2016 (2), mostró que los aspectos asociados a la patología mental y a la vulnerabilidad constituyen un factor clave y determinante en la notable diferenciación del tipo de EA que tienen lugar en la hospitalización psiquiátrica en comparación con la hospitalización general, siendo además más destacable el número de incidentes notificados en las UHA y subagudos de psiquiatría que en otros dispositivos de SM como las unidades de hospitalización de media o larga estancia.

Asimismo, como consecuencia de la estigmatización y la discriminación social, que aún existe hacia el colectivo de personas con trastornos mentales, es frecuente que estas personas vean violados sus derechos humanos. También, pueden sufrir maltrato físico, abusos sexuales, insuficiente atención y la realización, en los centros sanitarios, de prácticas que pueden resultar dañosas e indignas (3).

En las UHA, los ingresos son generalmente concebidos por parte de los usuarios como una experiencia estresante que, a su vez, puede generar inseguridad en el paciente produciendo un intenso impacto a nivel emocional. Así, este tipo de unidades conforman ambientes de riesgo, ya que prestan atención a pacientes que sufren descompensaciones psicopatológicas que cursan con alteraciones cognitivas, del juicio de la realidad o de la conducta. A esto, se añade el factor de que existe la posibilidad de que sean sometidos a ingresos involuntarios en dichas unidades y, por consiguiente, a intervenciones forzosas, que pueden resultar muy restrictivas (1,4). Por lo tanto, el ambiente terapéutico, así como la relación terapéutica que se genera entre profesionales y usuarios en estas unidades cobra especial importancia a la hora de promover y garantizar una atención sana, segura y de calidad, ya que constituye en sí mismo una fuente de cuidados (5).

Además, los usuarios de los servicios de SM son principalmente vulnerables a multitud de riesgos potenciales, como autoagresividad, heteroagresividad, comportamientos suicidas, fugas o negativas a tomar el tratamiento prescrito. Estos comportamientos de riesgo pueden derivar de la conducta del paciente, resultado de su propia patología mental o, a su vez, estar relacionados con las conductas de otros pacientes o con la atención que reciben, lo que incluye tanto los procedimientos terapéuticos y cuidados, como el entorno en el que son prestados (2). En estas situaciones de riesgo es cuando, a veces, se aplican medidas coercitivas como la contención mecánica, siendo una práctica asistencial que entraña riesgos tanto para el personal que la ejecuta como para el propio paciente. Este tipo de medidas pueden causar numerosas complicaciones potenciales en la salud del individuo (5,6).

También, en este perfil de pacientes, como ya se ha mencionado, se ven afectadas sus capacidades cognitivas, su voluntad y su capacidad de decisión, así como su capacidad de reflexión y abstracción; lo cual contribuye al aumento de la vulnerabilidad. En ocasiones, como consecuencia, se generan ambientes discrepantes y, en cierto modo, deshumanizados que son necesarios prevenir y evitar con el fin de promover y garantizar la SP (5,6).

Por tanto, los equipos sanitarios y las enfermeras como parte de ellos, tienen que adoptar una papel activo para garantizar la SP, como objetivo básico y prioritario en la atención sanitaria psiquiátrica (5,6).

2.1 JUSTIFICACIÓN

Las UHA son entornos en los que existe un gran número de riesgos potenciales para las personas ingresadas, pudiendo repercutir gravemente en su salud y desencadenar EA derivados (1). Además, los episodios conflictivos son también más frecuentes que en otras unidades de SM. De manera que, si no se promueve una cultura de seguridad que incida en evitar daños tanto al paciente como al entorno, esto puede verse agravado. Por tanto, es imprescindible hacer hincapié en la necesidad de establecer políticas y leyes, y crear estrategias, planes y programas que promuevan la protección y el respeto, y garanticen los derechos de las personas con trastornos mentales en dichas unidades (7).

Actualmente, la prevalencia de EA intrahospitalarios, es decir, asociados a la prestación de cuidados en relación a la salud, continúa creciendo a pesar de las medidas que se establecen para prevenirlos. Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 80% de los daños producidos en el paciente derivados de EA se pueden prevenir (8), lo cual explica por qué es un problema de carácter urgente a nivel mundial, que cobra prioridad a la hora de determinar propuestas de mejora a adoptar en la prestación de los cuidados sanitarios. Según el Estudio Nacional de Eventos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), la incidencia de EA en los hospitales generales españoles relacionados directamente con la asistencia sanitaria hospitalaria fue del 8,4%, siendo un 42,8% evitable (9).

También, cabe destacar que su impacto a nivel mundial está mostrando la clara necesidad de investigar más y aumentar la realización de estudios que determinen y evalúen los riesgos potenciales existentes en la actividad asistencial del día a día en el ámbito de la SM, así como las causas de que actualmente exista una cultura de seguridad deficiente en la hospitalización psiquiátrica (10).

Por otro lado, continúa siendo frecuente la puesta en práctica de procedimientos coercitivos como primera alternativa en las UHA, por ejemplo, la contención farmacológica y/o mecánica en situaciones conflictivas que suponen un riesgo. Esto genera entornos deshumanizados que limitan los derechos de los pacientes en este tipo de dispositivos (5,6). Para poder revertirlo, se deben aplicar herramientas y estrategias que permitan conocer los factores causantes de tales situaciones de riesgo. Así, lo que se persigue es anteponerse y llevar a cabo, como primera opción, intervenciones óptimas y seguras que resulten eficaces. De esta forma, se garantizaría en todo momento la seguridad del usuario y se evitaría la práctica de medidas coercitivas que vulneran y limitan los derechos humanos de los pacientes con patología mental como la libertad o el derecho a la toma de decisiones sobre su propia salud (5,6).

Añadir que los usuarios son, además, cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro, de forma que instan ser agentes activos de su salud. A pesar de ello, en ocasiones, las unidades de SM, tal y como se ha mencionado anteriormente, no resultan seguras y continúa existiendo una gran variabilidad en la práctica asistencial de este ámbito (5,6). Es aquí donde el

personal de enfermería tiene un papel de gran importancia, ya que debe conocer, identificar y ser consciente de los riesgos potenciales existentes en las UHA con el objetivo de establecer y llevar a cabo medidas eficaces que promuevan una cultura de seguridad para garantizar una atención asistencial más humanizada y, por tanto, de mayor calidad (2). Por consiguiente, se conseguiría evitar tales situaciones de riesgo. En definitiva, Enfermería debe y tiene que conocer qué actuaciones son más eficaces en la promoción de un ambiente terapéutico seguro.

2.2 OBJETIVOS

➤ OBJETIVO GENERAL

- Conocer el estado actual de la SP en las UHA y las prácticas seguras que se llevan a cabo.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir en qué consiste la SP.
- Conocer y analizar los principales riesgos para la seguridad de los pacientes en las UHA.
- Identificar prácticas clínicas seguras relacionadas con los riesgos potenciales identificados en las UHA.
- Describir estrategias e intervenciones para disminuir la coerción y fomentar la humanización en la hospitalización psiquiátrica, así como exponer nuevos enfoques asistenciales que promuevan la seguridad.
- Explicar el papel del profesional de enfermería en la seguridad del paciente mental.

2.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica (ver *Figura 1*) desde el mes de noviembre de 2020 hasta el mes de abril de 2021, consultando la evidencia científica disponible en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet y Google académico.

Para reducir el número de publicaciones en la búsqueda y obtener datos relevantes recientes, se incluyeron revisiones y artículos originales completos con acceso abierto, exclusivamente en los idiomas de inglés y español, limitando la temporalidad de publicación a un máximo de diez años; y se excluyeron aquellos que no estaban relacionados directamente con el tema o aquellos artículos repetidos.

Además, se empleó el vocabulario específico de los Descriptores Medical Subject Heading (MeSH): patient safety, risk management, inpatients, psychiatry y coerción; con sus correspondientes homólogos en español, a través de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): seguridad del paciente, gestión de riesgos, pacientes internados, psiquiatría y coerción.

Por otro lado, se realizó una búsqueda manual, obteniendo información de informes y documentos de acceso online, publicados por organismos e instituciones sanitarias nacionales e internacionales como el Ministerio de Sanidad de España y la OMS, de los cuales, dos no cumplen con el criterio de inclusión del límite de temporalidad, pero que, sin embargo, se han considerado pertinentes para el presente trabajo:

- El Segundo Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente publicado por el Sistema Nacional de Salud británico en el año 2006, por ser el primer informe a nivel mundial de un sistema de información sobre incidentes en seguridad del paciente de salud mental.
- Y, el estudio ENEAS del año 2005, por ser el último estudio nacional publicado sobre la prevalencia de los EA en relación a la asistencia sanitaria hospitalaria.

También, se han recogido datos procedentes de diferentes Guías de Práctica Clínica, protocolos y Planes Estratégicos en Salud Mental de varias Comunidades Autónomas (CCAA) con vigencia en la actualidad.

Por último, se ha consultado la revista “Enfermería en Desarrollo” y las páginas web oficiales del Modelo Safewards y de la asociación “ActivaMent Catalunya Associació” para recabar más información sobre la implementación del Modelo Safewards en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Una de limitaciones en el presente trabajo es la ausencia, en los diferentes artículos y documentos consultados, de una hegemonía a la hora de llevar a cabo una clara diferenciación en cuanto a qué tipo de dispositivos de SM hacen referencia, dificultando la interpretación de la información y, por consiguiente, aumentando la posibilidad de que se produzcan sesgos en la interpretación de la misma.

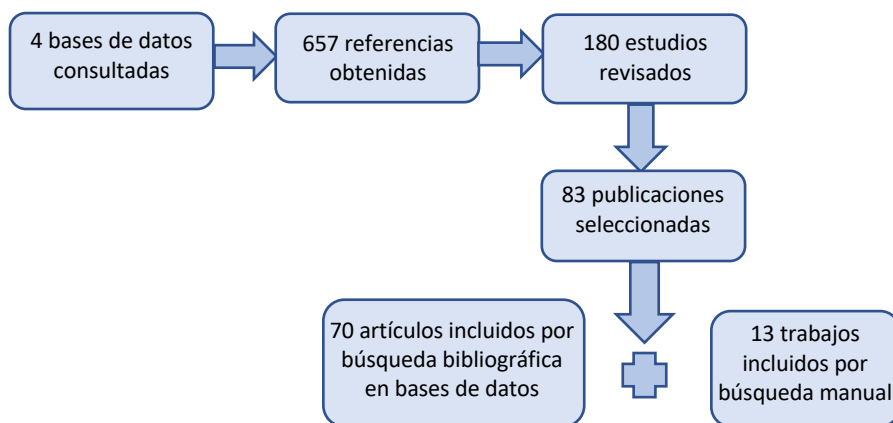


Figura 1: Flujograma del resultado de la búsqueda bibliográfica (elaboración propia).

2.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El trabajo se estructura en tres capítulos. En el primero se engloban los conceptos básicos en SP, se describen las características generales de los dispositivos de hospitalización de agudos y se realiza un análisis de los principales riesgos potenciales a los que están expuestos los pacientes ingresados.

En el segundo capítulo se enumeran diversas prácticas clínicas seguras en el contexto de las UHA, tanto a nivel general como específico para cada riesgo identificado, y se describe cuál es el papel de enfermería en promover y garantizar la SP. También, se exponen estrategias e intervenciones para reducir el uso de la contención mecánica y fomentar la humanización en la hospitalización psiquiátrica, enfatizando en la importancia de la creación de un entorno terapéutico seguro.

Por último, en el tercer capítulo se define el Modelo Safewards, se explica en qué consiste, cuál es su relación con la SP y se mencionan varias experiencias nacionales e internacionales que han demostrado la eficacia de su implementación en UHA.

3. CAPÍTULO I: Marco teórico y situación actual de la seguridad del paciente en las Unidades de Hospitalización de Agudos

3.1 Conceptos generales en seguridad del paciente

La SP es el intento, de forma consciente, de evitar lesiones o complicaciones al paciente, o bien minimizar a un mínimo aceptable los riesgos derivados de la atención sanitaria prestada (11). Constituye un componente esencial en lo que se refiere a la calidad asistencial (12) y, previamente a la realización de cualquier intervención terapéutica, ha de garantizarse la misma. De esta forma, la SP constituye hoy en día un objetivo primordial en la práctica sanitaria (11).

Junto a la SP, la competencia profesional, la efectividad, la eficiencia, la accesibilidad, la satisfacción, la adecuación y la atención centrada en el paciente, también forman parte de lo que se denomina calidad en la asistencia sanitaria y en su conjunto influyen directamente en la incidencia y prevalencia de los incidentes adversos. La SP implica prestar una atención sanitaria libre de daños evitables, para lo cual se requieren sistemas, protocolos y procesos que traten de disminuir la probabilidad de cometer errores o incidentes, tanto por parte del sistema sanitario como del personal que forma parte de él (11,13).

Cada profesional tiene como principio básico en sus intervenciones asistenciales no generar daños en el paciente. Sin embargo, ha aumentado la complejidad de la atención sanitaria. Los factores propios e individuales del paciente, el procedimiento a realizar, el ambiente terapéutico, la estructura física de la unidad, el material y equipamiento requerido o el personal sanitario son elementos que pueden dar lugar a que, a veces, se produzcan EA de forma más frecuente que lo deseado (11,14).

En primer lugar, es necesario clarificar y definir diferentes conceptos que están directamente relacionados con la SP:

- Incidente: suceso no intencionado o inesperado que podría haber causado daño de forma innecesaria en el paciente, pero que no lo ha causado porque existía una barrera de seguridad que lo ha impedido o como consecuencia del azar (1).
- Evento adverso: suceso no deseado e imprevisto, evitable o inevitable, que causa daño o tiene consecuencias negativas y está asociado con la asistencia sanitaria, ya sea con aspectos relativos al diagnóstico, al tratamiento o a los sistemas y equipamiento utilizados; pero sin relacionarse directamente con las complicaciones propias de la enfermedad que padece el paciente. Los eventos adversos (EA) prevenibles son aquellos atribuibles a un error. Indicar que, en SM, es necesario ajustar la terminología al contexto, concretamente en relación a este concepto, se deben considerar los comportamientos de riesgos de los pacientes, que aunque, son inherentes a la vulnerabilidad y a la patología mental que padecen también, pueden dar lugar a EA, si no se hace un correcto abordaje (1,13,15).
- Efecto adverso: lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial (1).
- Evento centinela: acontecimiento inesperado que conduce a la muerte o causa daños físicos o psicológicos graves, o tiene riesgo de producirlos. Estos eventos se llaman así porque requieren de una respuesta inmediata, siendo necesario un análisis de la causa-raíz para conocer cuáles son los riesgos latentes que subyacen en el suceso (1).

- Error: hace referencia al hecho de no llevar a cabo una acción tal y como se planeó o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden ser de comisión, si se hace algo erróneo o de omisión, si no se hace lo correcto o necesario (1,13,15,16).
- Factor contribuyente: circunstancia o acción que ha contribuido en el origen o en la evolución de un evento adverso o que supone un factor de riesgo para que este tenga lugar (1).
- Riesgo: probabilidad de que tengan lugar EA que supongan un peligro para el usuario, añadiendo el hecho de que se puedan prevenir (17).
- Gestión del riesgo: conjunto de actividades encaminadas a identificar y analizar los problemas relacionados con la seguridad del paciente, así como sus causas, para poder desarrollar estrategias que favorezcan su prevención o reduzcan su impacto. Se trata de un proceso cíclico de siete fases (1):
 1. Análisis de situación y contexto: conocer la organización y su contexto (servicios, actividades, usuarios).
 2. Identificación de riesgos sanitarios: identificar riesgos potenciales mediante el establecimiento de mapas de riesgo a través de múltiples fuentes (historias clínicas, informes, encuestas, reclamaciones, protocolos, etc.) y metodologías (lluvia de ideas, técnicas de grupo nominal, ...).
 3. Análisis y evaluación de los riesgos: mediante el uso de diferentes técnicas como el diagrama de espina de pescado para analizar las causas y los efectos.
 4. Planificación de estrategias: planificar estrategias y respuestas acordes al contexto, en función de su impacto y factibilidad.
 5. Despliegue de actuaciones y respuestas: puesta en marcha de prácticas clínicas seguras y notificación de EA a través de herramientas que permitan una adecuada gestión de riesgos, basada en una cultura organizativa no punitiva y participativa.
 6. Implementación, seguimiento y evaluación: realizar un seguimiento de los riesgos a través de indicadores, aprendiendo de los errores y estableciendo sistemas de análisis, evaluación y mejora continua.
 7. Reanálisis de la situación: reiniciar el ciclo desde la primera fase.

3.2 Características y principales riesgos para la seguridad del paciente en las Unidades de Hospitalización de Agudos

Cuando se habla de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, generalmente se hace referencia a aquellas destinadas a procesos psicopatológicos agudos (18). Sin embargo, dependiendo de las CCAA, su denominación puede variar, refiriéndose a ellas como UHA o Unidades de Hospitalización Breve o corta estancia. De esta forma, para unificar la terminología y teniendo como referencia el último Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 (19), el término utilizado en el presente trabajo es el de UHA.

Los ingresos en las UHA se llevan a cabo en aquellas situaciones en las que el estado clínico del paciente constituye un riesgo para sí mismo o para terceras personas poniendo en peligro su propia seguridad y/o la de su entorno (1,8); en situaciones en las que es necesario un tratamiento que no es posible llevar a cabo ambulatoriamente, o bien en aquellas circunstancias en las que resulta inevitable la puesta en práctica de intervenciones que favorezcan la

modificación de patrones de conducta gravemente alterados por la agudización de la patología mental (4,18). Esto explica y justifica por qué es imprescindible la intervención de los profesionales de la salud de manera inmediata en un ambiente contenedor y seguro.

Estas unidades integradas en la Red de SM desarrollan programas centrados fundamentalmente en situaciones de crisis que hacen imposible la permanencia del individuo en la comunidad, de manera que se deben aplicar criterios que limiten el número y la duración de estos ingresos. Así, el tiempo estimado de permanencia en estas unidades suele ser alrededor de 20 días, en función del paciente, pero no debería sobrepasar el mes de duración (20).

Generalmente, se localizan dentro de los hospitales generales y en sí mismas poseen unas características específicas que las diferencian de otros servicios convencionales de hospitalización (18). Habitualmente, se trata de dispositivos cerrados que prestan atención sanitaria a tiempo completo (21), con accesos y salidas restringidas, en los que los usuarios no permanecen la mayor parte del día en sus habitaciones, sino que lo que se promueve y favorece es la interacción social, tanto con el personal del servicio como con el resto de pacientes que permanecen en la unidad. De esta forma, se pretende que los pacientes ocupen su tiempo mediante la realización de actividades en grupo que sean de su interés y, a su vez, tengan un contenido terapéutico, favoreciendo además la integración social (18).

Por otro lado, cabe destacar que estos dispositivos son lugares en los que, con frecuencia, concurren usuarios que, además de la problemática clínica derivada de la descompensación psicopatológica, también coexisten aspectos relacionados con la problemática familiar y social (22).

En las UHA prestar especial atención en garantizar una cultura de seguridad es fundamental, dado que se proporcionan cuidados a pacientes que se encuentran en las etapas más críticas de su patología, a lo que se añade que pueden tratarse de usuarios sin conciencia de enfermedad ni necesidad de ayuda por parte de un profesional, sin deseo de ser tratados, con ideas autolíticas o con una capacidad limitada para su autocuidado (6) y que, a su vez, requieran de una atención urgente. Así, en estas unidades ingresan usuarios expuestos a múltiples riesgos potenciales inherentes a su patología, como son el riesgo de suicidio, autolesiones, fugas, caídas, conductas sexuales de riesgo o violencia dirigida a otros; o derivados de la práctica asistencial, como los relacionados con la administración de medicación, la utilización de la terapia electroconvulsiva (TEC) o el empleo de medidas coercitivas, lo cual incluye la contención mecánica (1,6). El hecho de estar expuestos a estos riesgos, que ponen en peligro su seguridad, conduce a la aparición de incidentes y EA.

Existen pocos estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de los incidentes y EA en psiquiatría que reflejen claramente la realidad y la magnitud del problema en este ámbito asistencial. En nuestro país se sabe poco, no obstante, en un estudio realizado sobre la incidencia y las características de los incidentes en la SP en los servicios de hospitalización psiquiátrica del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, se notificaron 2940 incidencias, de las cuales, en torno al 97,6%, se asociaron al conjunto compuesto por las caídas, los comportamientos heteroagresivos y autoagresivos, el consumo de tóxicos, la medicación, la accesibilidad a objetos peligrosos y las fugas. En general, este tipo de incidentes demostraron ser más frecuentemente notificados en las UHA, a excepción de los comportamientos agresivos y los incidentes relacionados con la medicación que no reflejaron diferencias significativas en su notificación en comparación con las unidades de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia (2).

El Informe de la Agencia Nacional Británica de Seguridad del Paciente (NPSA) (5) también evidenció que entre los cuatro incidentes más notificados en SM se encontraban los accidentes

(caídas, resbalones y tropezones), las fugas, los comportamientos agresivos o antisociales y las autolesiones, representando al 84% del total de incidentes notificados. La mayoría de estos incidentes no implicaban daño o se trataba de un daño leve y solo el 2% de los casos supusieron un daño grave o la muerte.

Las caídas son el incidente de SP más frecuentemente notificado (5). Por ejemplo, en hospitales de Inglaterra y Gales, se notifican alrededor de 283.000 caídas al año, de las cuales en torno a 36.000 se producen en unidades de SM (23). Las consecuencias de las caídas son muy negativas, de forma que, además de producir un importante aumento en los costes sanitarios, dado el posible proceso de recuperación que ello puede conllevar posteriormente, también pueden generar sentimientos de angustia, pérdida de confianza y un empeoramiento de la calidad de vida en las personas que lo sufren (23).

El riesgo de caídas en las personas que ingresan en UHA es alto, no solo por los problemas y déficits cognitivos que presentan, sino porque el tratamiento farmacológico puede generarles efectos secundarios como sedación, hipotensión ortostática o efectos extrapiramidales (24); pero también, porque pueden tratarse de pacientes mayores con deterioro cognitivo que ingresan por una descompensación psiquiátrica aguda secundaria a la demencia que padecen. Un estudio retrospectivo llevado a cabo en 2016, con una muestra de pacientes psicogerítricos hospitalizados en salas psiquiátricas del United Christian Hospital, reflejó que más del 66% de las caídas producidas se correspondían con pacientes demenciados (25).

Además, los pacientes ingresados en las UHA pueden ser drogodependientes o estar polimedicados y, por consiguiente, estar expuestos a un mayor riesgo de interacciones farmacológicas y efectos secundarios derivados de la medicación. Por tanto, todo lo descrito en su conjunto contribuye a la aparición de dificultades y problemas en la marcha y el equilibrio (1,5). Así, se debe realizar una correcta valoración y ofrecer a los pacientes que presenten riesgo de caídas, intervenciones para reducir los factores de riesgo que presentan a nivel individual, construyendo un entorno más seguro y estableciendo, además, estrategias relacionadas con las instalaciones de la unidad (23).

Por otro lado, relacionado con el empleo de la violencia y la agresión, se notificaron un 23,4% de incidentes según el informe de la NPSA (5), de las cuales el 91,6% procedían, concretamente, de unidades de hospitalización psiquiátrica. Otra investigación realizada, un metaanálisis sistemático de 35 estudios, reportó que, de los 23.972 pacientes hospitalizados descritos en los 35 estudios, la proporción combinada de pacientes que cometieron al menos un acto de violencia física en UHA fue del 17%. Concretamente, los perfiles de pacientes más comunes que supusieron las tasas más altas del uso de la violencia en estos dispositivos fueron pacientes de género masculino, sometidos a ingresos involuntarios y con trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas (26). En otro metaanálisis también concluyeron datos similares, además encontraron que los factores relacionados con la no adherencia a terapias psicológicas o al tratamiento farmacológico, así como el abuso reciente de alcohol u otras drogas o la presencia de antecedentes penales, se asociaban de forma significativa a un mayor riesgo de episodios de violencia (27).

El uso de la violencia constituye un riesgo de daño, tanto para el propio paciente como para otros pacientes que permanecen ingresados en el servicio (1,5), ya que genera dificultades en la recuperación de otros usuarios que perciben la unidad como un entorno inseguro, a pesar de que el objetivo sea garantizar un entorno protegido y terapéutico (28).

Estas situaciones de violencia tienen un efecto negativo en el ambiente que se genera en el dispositivo y, por ello, constituye un elemento clave y primordial de intervención por parte del

personal sanitario. Es, ante este tipo de situaciones, cuando se opta, en ocasiones, por la utilización de medidas restrictivas como son la contención física, la administración forzada de medicación o el aislamiento que, a su vez, pueden tener consecuencias negativas en el paciente (6). La historia de consumo de tóxicos, como son las drogas o el alcohol, se ha identificado como posible causa del comportamiento agresivo derivado del cuadro de dependencia psicológica que presentan los pacientes consumidores habituales de tóxicos, al verse obligados a no consumir durante su ingreso en el servicio (6,27). Además, su efecto puede verse potenciado por la interacción con otros fármacos antipsicóticos que tome la persona (6).

También, el hecho de presenciar situaciones que perciban como amenazantes o que les generen inseguridad (6); así como el tener que adherirse al tratamiento farmacológico que a veces es impuesto, o los propios sentimientos de frustración y aburrimiento, constituyen, otros posibles desencadenantes de este tipo de eventos. En adicción, la propia dinámica de funcionamiento de la unidad y el comportamiento de los profesionales juegan otro papel importante (5,17).

En ocasiones, las situaciones de violencia y agresividad incluyen eventos que ponen en peligro la seguridad sexual del paciente mental. Durante la hospitalización pueden darse relaciones sexuales no consentidas en el contexto de una situación de descompensación psicopatológica por parte del paciente, considerando al usuario en ese momento incapaz de tomar decisiones en su sano juicio por su estado psicopatológico. Esto se explica por el aumento de la impulsividad y de la desinhibición sexual que pueden sufrir este perfil de pacientes y que, por ende, conduce a una mayor participación en conductas sexuales de riesgo, las cuales pueden producirse sin el consentimiento de la otra persona, aumentando las posibilidades de contraer embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual (15). Un estado de malestar, de tristeza o de angustia por parte del usuario puede también llevarle a realizar este tipo de prácticas en busca del consuelo. En definitiva, es imprescindible proteger al usuario de su propio comportamiento y de posibles agresiones sexuales de otros pacientes (1,5).

En relación al suicidio y la autolesión, las conductas autolesivas en las UHA son el tercer tipo de evento adverso más común, constituyendo un 17,3 %, de los incidentes notificados a la NPSA (5). Se pueden producir incidentes en los que la autolesión supone un intento de suicidio o, por el contrario, no ser más que una conducta de regulación emocional. Los cortes son una de las formas para lesionarse a sí mismo más utilizadas en este tipo de dispositivos. A veces, los usuarios con problemas mentales perciben la realización de estas conductas como una forma de expresar sentimientos de sufrimiento, angustia, dolor, rabia, ansiedad o agitación (29).

En cuanto al suicidio, más del 90% de las personas que se suicidan tienen un trastorno mental. En Estados Unidos e Inglaterra, entre el 5% y el 6% del total de los suicidios ocurren de forma intrahospitalaria aumentando, por ejemplo, hasta el 11% en países como Suecia (30). Concretamente, en Inglaterra, del año 2004 al 2014, el 28% de los suicidios en la población general fueron suicidios de pacientes que habían estado en contacto con los servicios de SM en los 12 meses anteriores a la muerte; al igual que los suicidios de pacientes hospitalizados representaron el 9% de todos los suicidios de pacientes en ese período de tiempo (31).

Por otro lado, estudios realizados en Noruega en dispositivos de hospitalización psiquiátrica, el comportamiento suicida representó el 62% de los reingresos en UHA (31). Por ello, la tendencia al mismo es un factor causante del ingreso en un dispositivo de hospitalización de agudos (32). Uno de los métodos suicidas más utilizados durante el ingreso en estas unidades es el ahorcamiento (32-34).

Aquellas personas que realizan intentos autolíticos o de hacerse daño a sí mismos, llevan a cabo determinados comportamientos como una forma de avisar previamente de lo que van a hacer

(1,5). Adoptar una perspectiva de la seguridad del paciente, que aborde más allá de la seguridad en términos técnicos y físicos cobra especial importancia en la prevención del suicidio, ya que la seguridad de los pacientes con ideas suicidas depende en gran parte de la percepción que tienen sobre su seguridad psicológica (35) y la satisfacción de sus necesidades (31).

Otra problemática en las UHA es el abandono de las unidades por parte de pacientes ingresados, sin permiso ni consentimiento del personal, lo cual constituye otro de los incidentes más frecuentes en la hospitalización psiquiátrica. En los datos recogidos en Reino Unido por la NPSA suponen el 9% de los incidentes notificados (5).

A nivel mundial, la tasa de fuga en el ámbito psiquiátrico oscila entre el 4,28% y el 8,92% (36). La desconfianza hacia el entorno terapéutico, el ingreso en contra de su voluntad, la ausencia de conciencia de enfermedad o insight (36), un estado de afecto irritable o el deterioro del propio juicio (37), son factores que pueden desencadenar la fuga. También es necesario tener en cuenta los antecedentes de fuga de los usuarios. En un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de la India (37), durante un período de tiempo de 5 años (2014-2019), el 11% de los pacientes que se fugaron presentaban antecedentes de fuga previa durante ingresos en el hospital. A pesar de que la gran mayoría regresa a la unidad sin haber sufrido ningún daño, su fuga supone un riesgo y un peligro tanto para ellos mismos como para el resto de personas, dada su vulnerabilidad (37). Además, el riesgo de fuga está muy relacionado con el riesgo de suicidio, ya que aproximadamente un tercio de los pacientes que abandonan los dispositivos de hospitalización sin consentimiento se quitan la vida (29). Los pacientes pueden desaparecer de la unidad incluso estando vigilados o en observación por parte del personal, por lo que es necesario establecer planes de atención individualizada al paciente que incluya la valoración del riesgo de fuga, así como estrategias para su manejo (1,5).

Por otra parte, tal y como se ha mencionado anteriormente, también existen riesgos que derivan de las intervenciones asistenciales llevadas a cabo por los profesionales de la salud, de forma que los errores relacionados con la medicación forman parte de estos. Los EA relacionados con la medicación son frecuentes, ya que todos los pacientes ingresados tienen pauta de medicación como elemento clave de su tratamiento. En un estudio realizado en 14 UHA de Pensilvania acerca de los factores asociados con la ocurrencia de EA, reflejó que los EA más identificados fueron los relacionados con los medicamentos, constituyendo el 9,3% de todas las hospitalizaciones (16). Los errores en la prescripción de los fármacos, en su dispensación o en la administración, producen una toma equivocada del medicamento por parte del usuario (38). Además, hay que añadir que, en particular, en los servicios de SM, dado el tipo de fármacos utilizados y la vulnerabilidad que presentan estos pacientes, las consecuencias adversas pueden ser peores, viéndose negativamente influenciados por la posible falta de conocimiento (39), de concienciación y de cohesión y comunicación en la dinámica de funcionamiento del equipo de personal sanitario que trabaja en las UHA (1,5).

En un estudio transversal (40) realizado en 3 UHA del Hospital Universitario de Aalborg, Dinamarca, desde enero hasta abril de 2010, se obtuvieron los siguientes resultados en base a la detección de errores relacionados con la medicación:

- La frecuencia de errores en la medicación fue del 17%, lo que se corresponde con 189 errores.
- El 75% de los errores se asociaba a la administración de los fármacos.
- Los errores más comunes fueron la omisión de la dosis, la falta de control de la identidad del paciente y la omisión del fármaco.

Este estudio refleja que, sobre todo, los errores ocurren en la etapa de administración, en la cual el personal de enfermería está totalmente implicado. Así, se puede establecer que los profesionales de enfermería están involucrados en la ocurrencia de muchos errores, pero a la vez evitan que ocurran otros muchos, teniendo en cuenta que son los profesionales sanitarios que más tiempo pasan con los pacientes y, por tanto, quienes más pueden implementar estrategias para evitar que los errores se produzcan y dañen al paciente (40).

Otro procedimiento terapéutico al que a veces son sometidos los pacientes ingresados en estas unidades es el TEC, el cual constituye una práctica médica de elección cuando el resto de abordajes han sido refractarios. Este procedimiento conlleva múltiples efectos adversos para el paciente como son el dolor de cabeza, los mareos o la confusión, requiriendo, además, de anestesia y aporte de oxígeno en su utilización (41). Sin embargo, sigue siendo un recurso terapéutico muy utilizado y de gran efectividad en algunos trastornos mentales resistentes como es la depresión grave (4,41).

Por último, el uso la contención mecánica es otra práctica que puede comprometer la seguridad del paciente si se lleva a cabo en la atención asistencial. Se abordará posteriormente con mayor profundidad.

4. CAPÍTULO II: Seguridad del paciente y asistencia en las Unidades de Hospitalización de Agudos

4.1 Prácticas clínicas seguras en las Unidades de Hospitalización de Agudos

La atención psiquiátrica hospitalaria de agudos requiere prestar especial atención en cuanto a la seguridad de los procedimientos llevados a cabo, las estructuras asistenciales, el espacio físico disponible y el ambiente terapéutico (1). Sin embargo, a pesar de que el personal sanitario es cada vez más consciente de esta necesidad y del daño que se puede originar, los pacientes aún sufren daños evitables durante los procesos de hospitalización en estas unidades (42).

Los datos que muestra el último informe del año 2004 de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) sobre incidentes adversos en la hospitalización psiquiátrica, reflejaron que el 13% de los incidentes notificados se registraron en Hospitales Psiquiátricos y, concretamente, el 5,7% en las UHA (1).

En definitiva, promover y lograr la SP es un reto conjunto de toda la organización sanitaria de la que forman parte los equipos multidisciplinares que trabajan en los centros sanitarios y que son los prestadores directos de los cuidados. La cohesión, coordinación y formación profesional de estos equipos constituye una pieza clave en la prevención de riesgos y en la minimización de las posibles consecuencias derivadas de incidentes ya consumados (1,43).

También, han de implementarse sistemas para notificar los incidentes y EA que se producen en el día a día, centrándose en analizar qué fue lo que pasó y no en quién ha sido el culpable. Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave que ayuda a aprender de los errores y evitar que vuelvan a ocurrir. De esta forma, sirven para recoger información tanto de EA como de incidentes con el fin de aprender de los fallos y mejorar (*ver Anexo I*) (13).

Por otro lado, se debe tener en cuenta la participación activa, tanto de los pacientes, contribuyendo al empoderamiento en su propia seguridad, como del personal sanitario, entrenando a los equipos multidisciplinares mediante diversos métodos: la realización de

simulacros clínicos (44), el empleo de protocolos o la búsqueda de factores que pueden originar los incidentes y EA (11).

En el ámbito sanitario, para prevenir este tipo de incidentes, también ha de promoverse la realización de prácticas clínicas seguras, que son aquellas intervenciones que previenen, minimizan o eliminan el riesgo y el daño en el paciente, consecuencia de la atención prestada, basándose en la mejor evidencia científica disponible hasta el momento (1,45).

Entre las prácticas clínicas seguras que encontramos, a nivel general, en las UHA, se incluyen (1,45):

- La observación continua estableciendo un equilibrio entre la privacidad y la seguridad del paciente (46).
- La elaboración de protocolos específicos.
- La formación específica del personal asignado a las unidades hospitalarias de salud mental, teniendo en cuenta su experiencia previa.
- La transmisión adecuada de información y una comunicación efectiva entre el personal que presta atención sanitaria y el usuario que la recibe (46).
- La utilización de herramientas para evaluar los riesgos existentes, como las listas de verificación o checklist. Concretamente, existe una herramienta de evaluación de riesgos psiquiátricos denominada Lista de Verificación de Evaluación de Riesgos Psiquiátricos (PRE-CL) (*ver Anexo II*), cuyo fin es identificar de forma precoz los riesgos psiquiátricos en los hospitales generales para conseguir un manejo adecuado de los mismos (47).
- La valoración del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, así como del riesgo de aspiración y atragantamiento de los pacientes ingresados, dado que, en muchas ocasiones, se trata de usuarios expuestos a tratamientos farmacológicos basados en la sedación, de forma que su nivel de consciencia puede verse disminuido y favorecer las probabilidades de atragantamiento. También, los fármacos antipsicóticos son una parte fundamental del tratamiento y suponen un factor de riesgo en la formación de trombos, de forma que se requiere una estrecha vigilancia de sus efectos adversos (48).
- La promoción de una correcta higiene de manos.
- La aplicación de la metodología enfermera en la elaboración de los planes de cuidados enfermeros a partir de la valoración holística del paciente.

Los profesionales de enfermería están muy implicados en el proceso de garantizar la seguridad del paciente, sin embargo, una mala calidad de los cuidados puede conllevar riesgos para su salud. De esta forma, las enfermeras están involucradas tanto en la generación como en la resolución de incidentes (49).

Son el colectivo con mayor probabilidad de identificar errores en la práctica asistencial, ya que actúan prestando atención de forma directa y cercana, a través de los cuidados enfermeros (49) y, además, ocupan una posición imprescindible en la detección de riesgos potenciales, por lo que tienen una implicación más sustancial en la SP respecto a otros profesionales de la salud (2).

Por tanto, deben establecer en su labor asistencial, un enfoque basado en la evaluación e identificación de riesgos mediante la elaboración de planes de cuidados individualizados para implementar estrategias de prevención y pautas de mejora en sus intervenciones (50).

Un plan de cuidados individualizado contribuye a mejorar la calidad y la seguridad de la asistencia. Atendiendo a la taxonomía de la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (NIC),

se han recopilado aquellas intervenciones que se consideran que presentan una mayor relación con la SP en la hospitalización psiquiátrica, además de exponerse algunas de las actividades que se pueden llevar a cabo, afines con cada una de las intervenciones respectivamente (*ver Anexo III*) (51).

Aparte de las medidas más generales, hay que incidir especialmente sobre las prácticas seguras específicas para prevenir los riesgos potenciales a los que son vulnerables los pacientes con patología mental que ingresan en las UHA.

1. Prácticas clínicas seguras para prevenir el riesgo de caídas:

- Establecer una adecuada supervisión y vigilancia del paciente en función de sus necesidades individuales y el riesgo de caídas que presente, buscando el equilibrio con su privacidad, sobre todo en áreas como baños y aseos (1).
- Evaluar el riesgo de caídas que presenta cada usuario, al ingreso y en el transcurso del mismo, mediante la utilización de escalas que lo cuantifiquen. Las escalas pueden valorar diferentes aspectos que influyen directamente en dicho riesgo como: la capacidad sensitiva, la capacidad motora, la medicación con psicofármacos, la aplicación del TEC, la agitación psicomotriz, el estado mental, las conductas agresivas, el uso adecuado de calzado o los antecedentes de caídas, entre otros (24). Concretamente, en el Servicio Cántabro de Salud (SCS), se aplica la escala Erica de forma sistemática a todos los pacientes que ingresan en Unidades de Hospitalización, entre las que se incluye la UHA. Esta escala está informatizada en el software informático “Gacela Care” y valora los siguientes aspectos para determinar el riesgo de caídas que presentan los usuarios (52):
 1. Antecedentes de caídas
 2. Alteración del estado mental
 3. Alteración de la visión
 4. Alteración del patrón urinario
 5. Desplazamiento cama/sillón
 6. Movilidad
- Analizar los factores de riesgo que puedan existir en este tipo de unidades como la ausencia de una iluminación adecuada, el desorden del mobiliario o la presencia de suelos húmedos, entre otros; así como los factores individuales como el sexo, la edad, el estilo de vida, su capacidad de movimiento y su estado físico, sensorial, cognitivo y emocional (24).
- Garantizar la accesibilidad a los diferentes espacios de la unidad y retirar obstáculos que puedan provocar caídas en la habitación (muebles, cables, etc), así como evitar el desorden y la acumulación de objetos en la habitación (1).
- Comprobar que la cama del usuario está frenada cuando este se vaya a acostar en ella (1).
- Garantizar que el paciente tiene a su disposición cercana las ayudas técnicas que precise (bastones, andadores, etc) (1).
- Asegurar que el paciente viste calzado que no favorece el riesgo de caídas (1).

2. Prácticas clínicas seguras para prevenir el riesgo de violencia y heteroagresividad (1):

- Evaluar el riesgo de violencia y agresión de cada usuario mediante instrumentos de evaluación del riesgo individual. Por ejemplo, para planificar cómo gestionar comportamientos agresivos futuros con el fin de prevenirlos existe la guía de valoración HCR-20 (53).

- Detectar los factores causantes que pueden originar este tipo de comportamientos, así como detectar los signos de alarma mediante la vigilancia continuada (irritabilidad, mutismo, amenazas verbales, elevación del tono de voz, aumento de la inquietud, etc).
- Intentar hablar con el paciente en un tono de voz bajo, evitando emitir juicios de valor, expresando empatía y mostrando tranquilidad.
- Reflejar preocupación por cómo se siente, además de interés por generar una relación cercana que permita posteriormente indagar sobre aquellos aspectos que inquietan al usuario.
- Permitirle la libertad de tomar decisiones, dentro de un límite.
- Controlar el contacto visual, de forma que el paciente no perciba una mirada desafiante.
- Entender sus preocupaciones mediante una escucha activa.
- Evitar provocaciones y confrontaciones con el usuario.

3. Prácticas clínicas seguras para prevenir el riesgo de suicidios y/o autolesiones:

- Realizar una valoración individual del riesgo mediante escalas validadas (54), prestando especial atención en aquellos casos, en donde exista historia previa de intentos de suicidio, de autolesiones o, que, en ese momento, expresan sentimientos relacionados con quitarse la vida (33). Una de las escalas más utilizada en pacientes hospitalizados es la escala de depresión de Beck que evalúa la ideación suicida, la planificación y la intención suicida durante la última semana (55).
- Evaluar los riesgos ambientales que existen en el dispositivo y que pueden favorecer la realización de esta práctica, ya que el diseño y el ambiente de la unidad constituyen el factor más importante en el suicidio de pacientes hospitalizados (29).
- Entablar una relación de confianza con el paciente, aceptándole a él y sus problemas, pero no su conducta, evitando los juicios de valor y la culpabilización (1).
- Facilitar la expresión de sus emociones y sentimientos mediante la escucha activa basada en el interés por lo que cuenta y la transmisión de confianza (1).
- Entender que parte de las acciones que lleva a cabo o puede llevar a cabo constituyen una llamada de atención para pedir ayuda (1).
- Identificar cuál es el problema/causa clave que le genera sentimientos e ideas suicidas (1).
- Eliminar objetos potencialmente dañinos que porta el paciente a su ingreso: cinturones, cordones, bolsas, cables, fármacos, objetos cortantes, entre otros (1).
- Reflejar en la historia clínica del usuario a qué objetos el paciente no puede acceder durante su ingreso en la unidad (1).
- Establecer el nivel de vigilancia y/u observación continuada (17) en función de cada usuario, anotando en su historia clínica cuándo, cómo y dónde.
- Invitar al paciente a participar y colaborar en actividades de entretenimiento que, a su vez, tienen un matiz terapéutico, ya que favorecen su autonomía, su autoestima y la confianza en sí mismo (1).
- Garantizar la ingesta controlada de la medicación prescrita, registrando posibles incidentes. De esta forma, se evitaría las no tomas o la acumulación de fármacos que podrían ser ingeridos, posteriormente, de forma masiva (1).

4. Prácticas clínicas seguras para prevenir el riesgo de fuga (1):

- Atender las necesidades de aquellos pacientes con riesgo de fuga, facilitando un ambiente amigable y acogedor basado en el respeto, con el fin de reducir los niveles de ansiedad.

- Analizar qué factores pueden conducir a tener ideas de fuga: aburrimiento, miedo, sentimientos de estar atrapados o de sentirse abandonado por parte de sus familiares, preocupación por su casa, por sus propiedades, etc.
- Establecer un determinado nivel de observación continuada y/o vigilancia en función del riesgo de fuga que presente el usuario.
- Informar, tanto al paciente como a la familia, de las normas generales de funcionamiento.
- Garantizar la coordinación del trabajo por parte del equipo multidisciplinar, a través de una comunicación fluida, con el fin de informar, respectivamente a cada uno de los miembros del equipo, sobre cualquier tipo de señal que indique un deseo de fuga.
- Informar al usuario y a sus familiares sobre el tratamiento que va a recibir, así como la importancia que tiene su estancia en la unidad durante un período de tiempo.
- Explicar las consecuencias negativas que conlleva el incumplimiento de las normas de la unidad.

5. Prácticas clínicas seguras relacionadas con la seguridad sexual de los pacientes (1,5):

- Realizar educación para la salud sobre seguridad sexual adaptada al momento y curso de la patología.
- Fomentar la participación de todo el personal de la unidad en la prevención del riesgo y promoción de la seguridad.
- Controlar la entrada de pacientes en habitaciones que no se corresponden con la suya propia.
- Supervisar el comportamiento de los usuarios y, en caso de detectar señales de conductas de desinhibición, informar al resto del equipo multidisciplinar.
- Evitar el ingreso en habitaciones compartidas de pacientes de sexo opuesto.

6. Prácticas clínicas seguras relacionadas con la medicación (1,5,40,45):

- Indicar de forma destacada en la historia clínica las alergias o intolerancias medicamentosas que presenta el paciente.
- Utilizar pulseras, como medio para controlar la identidad de los pacientes, que permitan comprobar su nombre y apellidos antes de administrar la medicación.
- Involucrar a los farmacéuticos para que tengan una participación activa en los procesos de utilización de medicamentos.
- Disponer en la plataforma informática de la prescripción de fármacos realizada por el médico. En cualquier cambio deberá aparecer la fecha y firma del profesional que lo realiza.
- Revisar diariamente las modificaciones realizadas en la pauta de tratamiento.
- Fomentar una comunicación fluida entre los facultativos y los profesionales de enfermería para informar de cualquier tipo de cambio en el tratamiento farmacológico del usuario.
- Disponer de áreas seguras para la preparación de medicación, la cual debe etiquetarse y almacenarse de forma estandarizada con el fin de prevenir errores relacionados con su administración o dispensación.
- Establecer un procedimiento determinado para la preparación de la medicación que recoja la dosis, la vía de administración, la pauta y la identificación adecuada del paciente.
- Supervisar la toma correcta de la medicación en presencia del personal.
- Monitorizar los posibles efectos adversos, a través de una correcta valoración, en usuarios con una prescripción de fármacos más tóxicos.

- Realizar extracciones de muestras sanguíneas para conocer y valorar los niveles en sangre de determinados fármacos cuyo margen terapéutico es estrecho, como, por ejemplo, el litio.

4.2 Precauciones, aplicación segura y estrategias para minimizar el uso de la contención mecánica

Diversos organismos internacionales, así como la propia Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, recomiendan reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad para los pacientes, intentando que no conlleve riesgos evitables, tanto para la propia persona, como para su entorno (56).

Sin embargo, la utilización de medidas coercitivas, en muchas ocasiones, se sigue considerando necesario para controlar las conductas disruptivas y las alteraciones en el comportamiento que sufren aquellas personas con trastornos mentales (50). Un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría del Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias de Bengaluru, India, reflejó que en el 70% de los pacientes participantes se aplicó la coerción, estableciendo que el 66% de los 189 psiquiatras que participaron en el estudio consideraban su uso como una forma de protección y seguridad ante situaciones peligrosas o agresivas (57).

El ingreso involuntario en la unidad de hospitalización, la contención mecánica, el aislamiento y la administración de medicación de manera forzosa son las medidas coercitivas que se utilizan con mayor frecuencia en los dispositivos de hospitalización psiquiátrica (57-59). Por otro lado, cabe destacar que el uso de la coerción genera en los pacientes sentimientos de sufrimiento, terror y rabia. Además, conlleva la pérdida de su dignidad, al verse limitados y vulnerados parte de sus derechos, como es la libertad (3,60).

Existe una gran variabilidad en los distintos países europeos, incluyendo España (61,62), en relación a la frecuencia de utilización de la coerción, así como del marco jurídico que lo abala. Esto conlleva una alta probabilidad de vulnerar los derechos de los pacientes y su seguridad en las diferentes unidades de salud mental al no ser aplicadas las mejores prácticas clínicas de forma homogénea en todos los territorios (3).

Concretamente, la contención mecánica o inmovilización física es una de las prácticas restrictivas que se utiliza con mayor frecuencia en las UHA como consecuencia de la alta incidencia de episodios de agitación psicomotriz o agresividad en estas unidades (60,63). Consiste en el uso deliberado de la fuerza para controlar las acciones de una persona mediante la limitación de su capacidad de movimiento (1,60), lo cual puede producir, de forma directa o indirecta, EA graves emocionales, clínicos y físicos en el paciente (64,65), como sentimientos de angustia, frustración o miedo, incremento de la agitación, intentos de suicidio y fuga, deterioro de la adherencia al tratamiento, fracturas, úlceras por presión o trombosis venosa profunda, entre otros (58).

A continuación, se mencionarán aquellas intervenciones para minimizar el uso de la contención mecánica, así como aquellas prácticas que, en caso de ser necesario su uso, garanticen una aplicación segura de la misma.

➤ Estrategias para la aplicación segura (1,66,67):

- Su aplicación debe ajustarse únicamente a aquellas situaciones disruptivas, por ejemplo, de agitación, que no pueden resolverse con otras medidas.
- Cuando la contención mecánica esté justificada por una situación de riesgo grave para el paciente o el personal, habiendo previamente utilizado otras alternativas de abordaje

no coercitivas como es el abordaje verbal, esta se debe llevar a cabo de la forma menos restrictiva posible retirándose en cuanto la situación se estabilice (60).

- Elaborar un protocolo de contención que establezca la población diana, sus indicaciones, las medidas preventivas, los profesionales responsables de su indicación y posterior supervisión, los tipos de contención, los mecanismos de control y las medidas de seguridad a aplicar, así como los recursos que son necesarios y la forma de ejecución y vigilancia.
- Utilizar un registro específico que recoja información del paciente, relacionada con su diagnóstico médico, qué información se le aporta a él y a su familia, cuál es la indicación del médico, así como la situación actual del usuario y las medidas tomadas previamente al uso de la contención mecánica. Por otro lado, debe recoger información relacionada con la contención, como el tipo de contención utilizada, el tratamiento farmacológico prescrito durante la inmovilización, los cuidados que deben realizar los profesionales de enfermería, el seguimiento del paciente (59), los incidentes producidos durante ese período de tiempo y la indicación de su suspensión cuando precise. La firma de los profesionales responsables es imprescindible.

➤ **Estrategias para minimizar su utilización (1,66,67):**

- Formar e involucrar a todos los profesionales de la unidad, ya que, tal y como muestra el último informe publicado por la JCAHO, una de las principales causas del uso de la contención mecánica es la falta de formación del personal.
- Fomentar un entorno terapéutico seguro con espacios acogedores y ausencia de elementos que puedan resultar amenazantes.
- Favorecer una comunicación fluida y cohesionada entre todos los miembros del equipo multidisciplinar, desde un enfoque horizontal entre iguales. La falta de comunicación es otra de las principales causas que dan lugar a la utilización de la inmovilización física.
- Identificar los factores de riesgo del paciente y prestar especial atención a las características individuales de cada usuario, así como a sus necesidades específicas en relación al género, las creencias o el diagnóstico, entre otras (60).
- Contemplar la red social y afectiva del paciente con el fin de involucrar a todas aquellas personas que puedan ejercer una importante labor en la tranquilización del paciente (60).
- Realizar una evaluación y análisis continuo de las situaciones conflictivas que suceden, con el fin de restablecer la relación terapéutica aplicando estrategias de mejora y, así, ayudar al paciente a prevenir posibles episodios de agitación psicomotriz en un futuro.
- Proponer distracciones lúdicas, es decir, actividades que favorezcan el entretenimiento del paciente y la liberación de energía para mejorar su autoestima (60).
- Utilizar técnicas de desescalada (68) que consisten en intervenciones dirigidas a comprender, abordar y resolver aquellos problemas que refiere el usuario mediante un trato basado en la calma y el entendimiento. En un estudio (65) que se realizó en un hospital psiquiátrico al sur de China, se estableció que el entrenamiento en técnicas de desescalada ayudó a reducir el 28% de los episodios de restricción física, el 76,7% de su duración y el 56% de las lesiones causadas por esta, respectivamente.

Principalmente, son técnicas que constituyen la primera línea ante conductas disruptivas (60). La contención o abordaje verbal forma parte de estas intervenciones y

constituye una técnica considerada como una de las herramientas más efectivas para reducir el uso de las contenciones mecánicas. Puede llevarse a cabo por el profesional de enfermería y/o el facultativo y su principal objetivo es facilitar que el paciente exprese sus pensamientos y emociones, dialogando con él, de forma que perciba al profesional sanitario como un apoyo, no como una amenaza. Hay una serie de medidas que son imprescindibles cumplir para favorecer que esta técnica sea efectiva en una situación conflictiva:

- Antes de hablar con el paciente, es necesario conocer lo máximo del mismo para saber las posibilidades que hay de que el manejo verbal sea efectivo.
- Hay que colocarse fuera del espacio personal del paciente y cerciorarse de que hay una vía de salida accesible.
- Lo ideal sería mantener la conversación en un espacio que dé seguridad e intimidad, pero siempre con la puerta abierta o semiabierta y el profesional cerca de esta.
- Siempre que sea posible, el abordaje verbal no ha de llevarse a cabo en solitario.
- Los gestos por parte del personal no han de ser amenazantes, ni bruscos, evitando en todo momento una mirada continuada hacia el paciente.
- Los profesionales deben tener una actitud tranquila, que invite y favorezca el diálogo.
- Escuchar con calma al paciente permitiéndole expresar qué origina sus temores o enfados.
- No interrumpir su discurso.
- Hablar con un tono de voz suave y seguro, no de forma provocativa ni elevando el mismo.
- Adoptar una postura flexible en el diálogo, pero estableciendo claramente cuáles son los límites.
- Evitar los juicios de valor y el hecho de expresar qué debería o no debería hacer el usuario.
- Evitar la confrontación en cuanto a ideas, creencias o razones.
- Ofrecer ayuda y apoyo continuamente.

En el proyecto BETA de buenas prácticas y evaluación y tratamiento de la agitación, realizado en 2016 por la Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencias, se establecieron 10 recomendaciones de técnicas de desescalada verbal para pacientes agitados, orientadas a conseguir la colaboración del paciente en revertir la situación disruptiva (60):

1. Respetar el espacio personal del paciente.
2. Evitar actitudes provocadoras.
3. Establecer contacto visual.
4. Ser conciso y utilizar un lenguaje sencillo.
5. Identificar deseos y sentimientos.
6. Utilizar la escucha activa
7. Tratar de establecer acuerdos con el paciente.
8. Establecer límites razonables de forma respetuosa.
9. Ofrecer opciones y mantener el optimismo
10. En el caso de que hayan sido necesarias la puesta en marcha de intervenciones coercitivas, hablar de ello con el paciente una vez que el episodio ha terminado.

Este proyecto incluye, además, establecer alternativas de comportamiento, en consenso con el usuario, por si se repitiera la situación y, también, determina que el uso de estas técnicas de desescalada verbal en episodios de agitación, con el fin de que el paciente retorne a un estado de calma, no debería superar los 5-10 minutos de duración (60).

En definitiva, previamente a la intervención, es necesario tener en cuenta qué consecuencias, en la dignidad e integridad psíquica de la persona con patología mental va a conllevar el empleo de medidas restrictivas como la contención física. Protocolizar y humanizar este tipo de medidas resulta imprescindible para evitar el sufrimiento que ello genera en quienes lo reciben, a la vez que prioritario para la consecución de una atención sanitaria segura y de calidad (60).

4.3 Intervenciones que contribuyen a crear un entorno terapéutico humanizado y seguro en la hospitalización psiquiátrica

Se entiende por entorno o ambiente terapéutico al conjunto formado por el espacio físico, la dinámica de funcionamiento, el ambiente relacional y el trabajo en equipo y clima laboral (ver *Figura 2*) (69). Estas cuatro dimensiones en su conjunto influyen directa o indirectamente en el bienestar y seguridad de los usuarios (18). Por ende, mejorar el entorno terapéutico de las unidades de SM para humanizar la atención prestada constituye una prioridad en el sistema sanitario y, para favorecer su mejoría, es necesario una atención individualizada y centrada en las necesidades de cada persona (69). Que el entorno terapéutico se base en un ambiente seguro, agradable y acogedor favorece el compromiso de los usuarios en relación a su proceso de salud, mejorando la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, algo que es clave en SM. Además, aumenta su satisfacción y autonomía, lo que contribuye a unos mejores resultados en términos de salud (18,69).



Figura 2: Dimensiones del entorno terapéutico (69). (Elaboración propia)

En el contexto de las UHA, el espacio físico cobra especial importancia, dado que los pacientes que ingresan permanecen la totalidad del día en la unidad. Es fundamental que se garantice la seguridad, la dignidad y la intimidad del paciente, teniendo en cuenta su género y sus características culturales. Esto supone facilitar, a cada paciente, un espacio con unas dimensiones apropiadas, una iluminación, calefacción y ventilación adecuadas, además de garantizar el sostenimiento del dispositivo de hospitalización en buenas condiciones de higiene

(69). Por ello, además de promover la puesta en marcha de prácticas clínicas seguras, hay que tener presente la mejora de los aspectos estructurales en los dispositivos de hospitalización de SM para favorecer un ambiente terapéutico seguro que promueva el autocontrol (1,70).

El diseño estructural de una unidad es importante tenerlo en cuenta, sobre todo, previamente a su creación o a hacer reformas en ellas. A pesar de que en el día a día, los profesionales sanitarios, como práctica en sí, no realizan intervenciones sobre la propia estructura de la unidad, es de especial importancia tener en cuenta la opinión de ellos, de los pacientes y de sus familiares en el diseño, las reformas y las mejoras a aplicar en las mismas (69).

La UHA han de instalarse en plantas fácilmente accesibles desde el servicio de urgencias, que faciliten el acceso a zonas ajardinadas y que prevengan el riesgo de precipitación. Han de evitarse muchos pasillos, esquinas o puntos ciegos que dificulten la observación de los pacientes, estableciendo el control de Enfermería en un lugar que garantice la máxima visibilidad desde el mismo. Se deben establecer espacios comunes para favorecer la interacción entre ellos y su integración en la unidad. En general, las habitaciones deben ser compartidas y disponer de un mobiliario que no suponga un riesgo para el usuario. También tiene que haber habitaciones preparadas para realizar una contención física en caso de que se precisara, con el material necesario homologado preparado. (1,69,70).

Al mismo tiempo, otro de los elementos que conforman el entorno terapéutico es la dinámica de funcionamiento que puede dividirse en 5 elementos:

1. La fase de acogida.

A través de una acogida adecuada se facilita la adaptación del usuario a la unidad, generando confianza y garantizando su seguridad y bienestar. En las UHA cobra especial importancia, ya que, en general, los pacientes perciben el proceso de ingreso como una experiencia desagradable y muy estresante. En esta fase es necesario facilitar su orientación aportando pautas e información por escrito, además de mostrarle la dinámica de funcionamiento de la unidad, presentarle al resto de pacientes y ofrecerle disponibilidad para expresar dudas o inquietudes. Siempre hay que tener en cuenta la vulnerabilidad de la persona y sus capacidades para establecer hasta qué punto está preparado para recibir la información y, por ende, adaptarla. Para que esto funcione, cada unidad debe disponer de una política de recepción que diferencie cuál es la función de cada profesional dentro de un mismo equipo multidisciplinar (69).

2. La organización de la unidad.

Influye en la mejora o empeoramiento del entorno, así como en la incidencia de situaciones conflictivas en el dispositivo. Es imprescindible establecer una serie de normas claras y precisas que regulen el funcionamiento del dispositivo, tanto relacionadas con las intervenciones como con los horarios o las funciones del personal. Para ello, la organización debe establecerse teniendo en cuenta la percepción de todo el equipo multidisciplinar, además de la perspectiva de los pacientes y familiares en cuanto al trato, convivencia, salidas, horarios o visitas (69).

3. La oferta y la planificación de actividades.

Deben tener una finalidad terapéutica y adaptarse a las necesidades de los pacientes, cobrando sentido para ellos. Constituye un aspecto clave y primordial en el proceso de recuperación y rehabilitación de los pacientes que ingresan en las UHA. La ocupación del tiempo con actividades que sean de interés para los usuarios previene los riesgos potenciales propios en este perfil de usuarios como la violencia, ya que reduce el aburrimiento y los niveles de ansiedad o estrés. Además, permite a los pacientes relacionarse con los demás, reduciendo el aislamiento, y demostrar cuáles son sus capacidades y competencias, aumentando así su autoestima y, por

consiguiente, sus logros. Para el desarrollo de estas actividades es necesario la colaboración de todo el equipo multidisciplinar para que, entre todos, fomenten la participación de los usuarios en las mismas (68,69).

4. La participación activa de los usuarios y familias.

Una mayor implicación de los pacientes y familiares en la atención de su salud es fundamental para conseguir una atención más segura (17). Según la OMS, la participación activa de los usuarios puede reducir hasta un 15% la carga del daño (71). Además, su implicación puede ser una importante fuente de información a la hora de establecer planes y estrategias de mejora (1,45).

Hoy en día, los pacientes tienen un mayor acceso a la información de forma inmediata, así como una visión y percepción más clara de sus derechos como usuarios del sistema sanitario. Por ende, demandan más conocimiento, más información y una implicación más activa en la toma de decisiones relacionadas con su estado de salud, favoreciendo su autonomía y responsabilidad (22,69). Para ello, es necesario que la comunicación entre el personal y el paciente sea eficaz, veraz y adaptada a sus capacidades. Sin embargo, existen limitaciones en el ámbito de la SM que dificultan la participación activa de los pacientes, consecuencia de la disminución de la capacidad cognitiva y de la voluntad que sufren. Minimizar las dificultades presentes y aumentar la capacidad de estos usuarios para participar activamente en su proceso de salud tiene un efecto positivo sobre la relación terapéutica y la adherencia al tratamiento (6), además de minimizar el riesgo de EA (45).

En cuanto a las actuaciones que se pueden realizar con el fin de conseguirlo, destacan (45):

- Realizar educación sanitaria para formar a los pacientes y familiares en materia de seguridad, mediante material didáctico e informativo (folletos, carteles, posters).
- Garantizar que el paciente recibe información completa y comprensible sobre su proceso de salud y sus riesgos, adaptándola a sus competencias comunicativas.
- Promover el uso de plataformas online que permitan el intercambio de información y opiniones sobre los cuidados por parte de los pacientes, así como la posibilidad de acceder a un asesoramiento por parte de profesionales sanitarios.
- Conocer la percepción y las expectativas de los pacientes sobre su seguridad, atendiendo y analizando las protestas y reclamaciones al respecto.

5. La continuidad asistencial.

Se trata del último eslabón de la dinámica de funcionamiento y para su consecución se requiere de la coordinación de los servicios y los profesionales que atienden a los pacientes a lo largo de todo proceso de salud, mediante reuniones de evaluación continua y sesiones clínicas basadas en la valoración de casos clínicos y en la formación de los profesionales. El fin es evitar la puesta en marcha de intervenciones innecesarias (69).

Por otro lado, el ambiente relacional que se genera en la unidad, entendido como la relación entre el profesional sanitario y el paciente, también influye de manera directa sobre el entorno terapéutico (17,72). En las UHA, los pacientes reciben un tratamiento intensivo durante un período de tiempo limitado y relativamente corto. Esto explica por qué se ve dificultado el proceso de establecer una buena relación terapéutica. Sin embargo, conseguirlo juega un papel vital en este tipo de dispositivos, tanto en factores relacionados con la recuperación, ya que favorece la adherencia terapéutica en cuanto a los tratamientos prescritos, como con la satisfacción de los usuarios, su empoderamiento, su autonomía y la disminución de las tasas de reingresos hospitalarios (72,73). La vinculación, el apoyo y la espontaneidad constituyen lo que

se denomina ambiente relacional. La vinculación hace referencia a la participación activa del usuario en su proceso de salud; el apoyo a la prestación de ayuda mutua entre los pacientes y los profesionales sanitarios, y la espontaneidad a la libertad de expresión de sentimientos y emociones por parte de los usuarios a los profesionales sanitarios (73). El hecho de que los pacientes perciban en sí mismos sentimientos de estar adecuadamente cuidados en un ambiente que les proporciona seguridad; de estar correctamente informados, a través de una comunicación fluida, y de sentirse tratados de forma respetuosa, garantizando su dignidad e intimidad, es el resultado de una relación terapéutica positiva que, a su vez, propicia que el tratamiento recibido constituya una experiencia de agrado para el usuario (69).

Existe evidencia de que los pacientes que están más satisfechos con el tratamiento recibido tienden a ser más adherentes a las terapias y obtienen más beneficios de ellas, influyendo positivamente en el proceso de recuperación (74).

Por último, es necesario establecer un objetivo común en la atención prestada, integrando los conocimientos e ideas de cada uno de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinar, lo que se conoce como *trabajo en equipo*. El trabajo en equipo permite la comunicación fluida y cohesionada entre los profesionales, además establece una visión más clara de cuál es el rol de cada profesional, así como sus responsabilidades dentro de ese engranaje. Esto favorece un mayor compromiso con respecto al plan terapéutico de cada usuario, lo cual cobra especial importancia, ya que favorece que todos los profesionales se involucren en un mismo plan evitando la contradicción en la información que se presta, tanto a los pacientes como a los familiares (69).

En definitiva, aquellas intervenciones que tienen como fin evitar la deshumanización de la atención sanitaria prestada en las UHA para promover un entorno terapéutico favorable, influyen directamente en la creación de entornos seguros que facilitan un papel activo de los usuarios en sus respectivos procesos de salud. Esto contribuye positivamente en el empoderamiento y la autonomía de los mismos.

Existen otras estrategias directamente relacionadas con el fomento de la humanización y, por consiguiente, con la disminución de la coerción en la atención psiquiátrica hospitalaria:

➤ **Six Core Strategies:** se trata de seis estrategias básicas cuyo objetivo principal es disminuir las tasas de reclusión y restricción, evitando el uso de medidas coercitivas (58,65,75):

1. Mejorar el liderazgo hacia un cambio organizacional.
2. Inclusión de las experiencias vividas.
3. Usar datos para informar de la práctica.
4. Desarrollo de la fuerza laboral mediante la capacitación del personal.
5. Utilizar herramientas para reducir los episodios de reclusión o restricción.
6. Emplear técnicas de debriefing.

En relación a la técnica de debriefing, en una revisión sistemática acerca de los factores que influyen en la experiencia subjetiva de los usuarios ante episodios en los que se emplean medidas coercitivas (58), se reflejó que el debriefing es una técnica efectiva para reducir el impacto emocional que supone para los usuarios el uso de la coerción, de forma que el hecho de hablar sobre lo sucedido favorecía el procesamiento de la experiencia vivida. También, ayudaba a mejorar la comprensión, por parte de los pacientes, de las razones por las que se adoptaron dichas medidas.

- **Toma de decisiones compartidas (TDC):** es un proceso en el que el personal sanitario y los usuarios colaboran mutuamente en la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir. Su fundamento fija que la toma de decisiones óptima se consigue cuando se realiza en base a la evidencia científica más reciente, teniendo en cuenta las preferencias y los valores individuales del usuario (75). De esta forma, su principal objetivo es fortalecer la autonomía de los pacientes, con un mayor compromiso y participación activa en el proceso de salud, estableciendo una relación horizontal y entre iguales con el personal. En un ensayo alemán, cuyo objetivo era capacitar tanto al personal sanitario como a los pacientes sobre las técnicas de comunicación específicas para llevar a cabo la intervención, se reflejó la eficacia de esta intervención mejorando la participación percibida de los pacientes en la toma de decisiones, su satisfacción con el tratamiento y el proceso de recuperación (63).

Para facilitar el proceso de TDC existe una intervención específica denominada OPeNS (Opciones, Preferencias, Negociar, Resumir), que consta de cuatro pasos (76):

1. Dar *opciones* y realizar una descripción general de las áreas a tratar y el tratamiento que podría ser de importancia para el paciente.
2. Explorar las *preferencias* del paciente, sus razones y preocupaciones.
3. *Negociar* una opción que sea aceptable para ambos (en este paso el, profesional debe explicar su perspectiva. Si hay desacuerdo por parte del paciente se debe permitir, dándole espacio para que también explique la suya).
4. *Resumir* la decisión tomada en el plan de acción, que consiste en un documento en el que se enumera las acciones que se han acordado (generalmente un máximo de tres acciones), así como la persona que va a realizarlas.

En un estudio, donde se puso en práctica esta intervención con pacientes hospitalizados de forma involuntaria, se mostró que era factible realizarla dentro de la primera semana de ingreso, consiguiendo un acercamiento de posturas entre el profesional sanitario y el usuario para ofrecerle colaboración en el tratamiento terapéutico (76).

- **Voluntades previas:** Se trata de un documento legal que supone el respeto de la voluntad y las preferencias del usuario en momentos de crisis en los que no pueda tomar decisiones acertadas (77), minimizando así las ocasiones de llevar a cabo intervenciones coercitivas (62). Así, ayuda a las personas a mantener el control sobre su tratamiento cuando estén incapacitados, respaldando su empoderamiento al tener voz en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados a recibir, minimizando la coerción percibida de los pacientes y mejorando su afrontamiento. También sirven como herramienta para mejorar la comunicación y cohesión entre el equipo multidisciplinar, favoreciendo la continuidad de la atención asistencial prestada y reduciendo el uso elevado de los servicios de emergencia y de hospitalización psiquiátrica (77).
- **Unidades de puertas abiertas:** Los ingresos involuntarios en las UHA se basan en el criterio de que el usuario supone un peligro tanto para sí mismo como para los demás. Para evitarlo, es común que los pacientes ingresen en unidades permanentemente cerradas. Sin embargo, existen las políticas de puertas abiertas que consisten en que los pacientes que ingresan de forma involuntaria en los dispositivos de hospitalización psiquiátrica, ingresen en unidades abiertas con el fin de reducir la coacción y favorecer la autonomía de los mismos. Varios

hospitales psiquiátricos en Alemania están tratando de implementar este tipo de políticas. Su implementación puede tener un carácter intermitente o permanente y refleja mejoras en las relaciones terapéuticas entre usuarios y profesionales, así como una mayor sensación de seguridad percibida por los pacientes (74,75).

5. CAPÍTULO III: El Modelo Safewards: un cambio en el modelo asistencial hospitalario

5.1 Definición y desarrollo del modelo

En las UHA garantizar una cultura de seguridad requiere de un proceso de esfuerzo y compromiso por parte del equipo multidisciplinar del que se compone el dispositivo (78).

Existe un modelo cuya aplicación tiene como objetivo proveer de mayor seguridad y confort a este tipo de unidades, es el modelo británico Safewards desarrollado por Bowers (58,78).

En este modelo se distinguen dos categorías: “conflicto” y “contención”. La categoría “conflicto” hace referencia a comportamientos llevados a cabo por el usuario que pueden originar algún daño y, por tanto, amenazan la seguridad, entre ellos se encuentran: la violencia dirigida a otros, el abuso verbal, el suicidio, la autolesión, el consumo de alcohol u otras drogas o el abandono de la unidad sin autorización del personal, entre otros. Esta categoría también incluye el incumplimiento de las normas generales de la unidad como son negarse a ser atendido por el personal correspondiente del dispositivo o fumar en áreas no permitidas. Todo ello, puede generar conflictos con el resto de usuarios de la unidad y con el personal (78,79).

Por su lado, la categoría “contención” hace referencia a los métodos de abordaje terapéutico que emplea el personal para controlar las situaciones difíciles en la unidad, algunas mencionadas anteriormente. La administración de dosis extra de medicación como rescate con el fin de sedar al usuario, una mayor vigilancia de la conducta del paciente, el aislamiento o la contención física son ejemplos de diferentes intervenciones que se incluyen en esta categoría (78,79).

Cuando se desencadenan eventos o situaciones que se corresponden con alguna de las dos categorías, peligra la seguridad del paciente y la del propio personal, ya que aumenta su agotamiento. Además el tratamiento del paciente puede verse interrumpido dificultando su recuperación y progreso hacia una mejoría en su estado de salud y, por ende, puede aumentar el tiempo de permanencia del usuario en la unidad de hospitalización (78,79).

Por otro lado, cabe destacar que ambas categorías se retroalimentan, es decir, el uso de intervenciones correspondientes a la categoría de “contención” para resolver o prevenir conflictos puede a su vez desencadenar otros conflictos y viceversa (78,79).

A continuación, a partir del diagrama de este modelo (*ver Anexo IV*), se explicará cuál es el origen del “conflicto” y la “contención”.

En este modelo, además de las dos categorías descritas previamente, se establecen seis “dominios de origen”, con sus respectivos “puntos de tensión”, que constituyen los factores causantes que pueden originar el conflicto y, por tanto, el empleo de la contención (28,78,79). Estos dominios son:

1. Equipo de profesionales y estructura interna de la unidad: normativa, rutinas, eficiencia, limpieza y orden, ideología y práctica.

2. Estructura física: existencia o no de puertas bloqueadas, supervisión, disponibilidad de salas de aislamiento y habitaciones de entretenimiento, calidad y complejidad de la estructura.
3. Entorno externo del hospital: visitas (red de familiares y amigos), situación de dependencia e institucionalización, demandas y hogar.
4. Interacción entre usuarios: imitación de la conducta de otros usuarios o dificultad para convivir con otros pacientes que no eligen.
5. Características individuales del paciente: edad, género, diagnóstico, sintomatología rasgos de personalidad y consumo de tóxicos.
6. Marco normativo regulatorio: marco legal, políticas nacionales, quejas, enjuiciamientos, política del hospital y apelaciones.

De este modo, los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta sus propias características y la forma en la que actúan en relación al manejo de los pacientes (modificadores del personal), además de la forma en la que los pacientes responden y se comportan entre sí (modificadores del usuario), pueden intervenir focalizando la atención sobre esos dominios, para evitar o reducir los puntos de tensión. Si ya existen puntos de tensión, pueden actuar sobre ellos para prevenir el conflicto. Cuando ya ha tenido lugar el conflicto, deben analizar y valorar si es factible y necesario utilizar la contención o, por el contrario, puede evitarse. En el caso de que la contención fuese necesaria, se debería garantizar que su uso no genere más conflictos. Así, en definitiva, las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales modifican este proceso, influyendo negativamente o, por el contrario, previniendo que se produzcan situaciones de “conflicto” y “contención” (78,80).

Por otro lado, el propio modelo propone una serie de intervenciones terapéuticas que denomina “Safewards”, entre las que se incluyen (80):

- Establecer estándares de comportamiento acordados mutuamente por el personal y los usuarios.
- Utilizar palabras gentiles en la advertencia del manejo de los puntos de tensión.
- Utilizar técnicas de desescalada verbal.
- Realizar descripciones positivas a los usuarios en cada cambio de turno de enfermería.
- Ofrecer apoyo ante las malas noticias.
- Conocerse mutuamente (gustos musicales, películas y deportes favoritos, entre otros).
- Realizar reuniones periódicas de ayuda mutua para reforzar el apoyo entre pacientes.
- Utilizar técnicas de relajación y distracción en pacientes agitados (juguetes antiestrés, reproductores de música, etc).
- Tranquilizar a los pacientes después de sucesos disruptivos, ofreciéndoles una explicación a sus dudas y preocupaciones.
- Mensajes positivos al alta de los pacientes.

En definitiva, la aplicación del modelo Safewards en las unidades de psiquiatría facilita la visión de diferentes factores causales de los conflictos, sobre los que, en mayor o menor medida, el personal de la unidad puede intervenir precozmente para reducir la frecuencia de incidentes adversos y dañinos mediante la puesta en práctica de diferentes intervenciones terapéuticas eficaces y no coercitivas que promuevan la seguridad de los usuarios.

5.2 Estudios y experiencias sobre la implementación de este modelo en Unidades de Hospitalización de Agudos

Varios estudios demuestran la eficacia de la implementación de este modelo en las UHA. En Londres, se realizó un estudio en el año 2015 durante un período de tres meses, para evaluar la eficacia de la aplicación del modelo Safewards por parte del personal de Enfermería a través la puesta en práctica de diez intervenciones; y para conocer su impacto en la reducción de las tasas de conflicto y contención de 31 UHA. Los resultados demostraron que su aplicación era eficaz para reducir tanto el conflicto como la contención en todo tipo de eventos adversos. La disminución del conflicto suponía un menor riesgo de lesiones tanto para los pacientes como para el personal, derivadas de la aplicación de la violencia, las autolesiones o el suicidio, entre otras causas. De esta forma, se reflejó que los pacientes concebían el ingreso en la unidad como una mejor experiencia debido a un uso menor de la fuerza y, por consiguiente, una menor aplicación de medidas coercitivas. Así, el personal empleaba más tiempo en llevar a cabo intervenciones eficaces, seguras y de calidad, en vez de destinarlo en lidiar con los respectivos conflictos (80).

Por otro lado, en Victoria, Australia, en el año 2019 se llevó a cabo otro estudio retrospectivo, que tenía como objetivo recoger información acerca del impacto que había tenido la implementación de este modelo, un año atrás, en 10 UHA. Los resultados obtenidos, a través de las encuestas a los 72 pacientes que participaron en el estudio, fueron muy positivos. Los pacientes percibieron su ingreso como una experiencia positiva en la que se sintieron más seguros y más relacionados y conectados, sobre todo, con el personal de enfermería. También, reflejaron que la prevalencia de la agresión verbal y física se redujo gracias al empleo de este modelo. Reconocieron, por otro lado, una actitud basada en el respeto, la solidaridad, la empatía y la esperanza. Los sentimientos de aislamiento se vieron disminuidos al formarse, entre todos, el sentimiento de comunidad de la que formaban parte todos los usuarios y trabajadores. Este estudio refleja que el modelo Safewards ofrece una vía para reducir las prácticas restrictivas y aumentar las prácticas orientadas a la recuperación y el bienestar de los pacientes (81).

Por último, en un ensayo realizado en Pensilvania (Estados Unidos), la implementación del modelo Safewards también demostró su eficacia en reducir situaciones dañinas y de riesgo como las agresiones o las autolesiones, demostrando que la SP en la hospitalización psiquiátrica puede mejorarse mediante la implementación de "sistemas" o intervenciones relacionadas con cuestiones organizativas (16).

A nivel nacional, en España, este modelo ha empezado a implementarse en la comunidad autónoma de Cataluña, concretamente en Barcelona. Así, el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTIP) dispone del primer equipo de profesionales en España formado en el modelo Safewards, para desarrollar un proyecto piloto dirigido a la creación de una unidad de hospitalización psiquiátrica de puertas abiertas, con este modelo como base fundamental de su dinámica de funcionamiento (82). A su vez, la UHA del Hospital Sant Pau también está poniendo en marcha intervenciones llevadas a cabo por enfermeras, que se sustentan en dicho modelo, para reducir así los eventos de conflicto y contención (83).

6. CONCLUSIONES

- La SP debe ser un punto clave en la misión de la psiquiatría hospitalaria y ha de ser objeto de una investigación continua, ya que la existencia de una cultura de seguridad deficiente

vulnera los derechos de los usuarios y genera importantes dificultades en el proceso de recuperación.

- La evidencia actual refleja que en las UHA se generan situaciones y retos únicos en relación a la SP. Sin embargo, la SP en estos entornos está poco investigada en comparación con otros entornos hospitalarios no relacionados con la SM.
- Se requiere más inversión en investigación, así como el desarrollo de políticas que faciliten su puesta en marcha en la práctica asistencial.
- Se necesita estudiar más sobre los factores contribuyentes para mejorar las intervenciones que se llevan a cabo en relación a las prácticas clínicas seguras.
- Hay poca información sobre la incidencia y prevalencia de los incidentes en SP porque no se notifican, ni se está prestando la suficiente atención a este aspecto. Se necesita seguir investigando más en relación a ello para aportar más evidencia que conlleve una mejora del desconocimiento de los profesionales que trabajan en estas unidades en relación a los riesgos que existen en este tipo de unidades, las consecuencias que ello conlleva y cómo deberían evitarse o minimizarse.
- Mejorar el ambiente terapéutico en las UHA de SM es fundamental para conseguir que la atención prestada garantice la seguridad de los usuarios. Para lograrlo, es necesario poner en marcha diferentes estrategias e intervenciones, como favorecer la participación activa de los pacientes en su proceso de salud o promover una relación terapéutica horizontal entre usuarios y profesionales que se base en la confianza, el apoyo y el respeto.
- Sucesos que vulneran la SP en psiquiatría, como las agresiones o las autolesiones, pueden mejorarse a partir de la implementación de sistemas o intervenciones organizativas basadas en nuevos modelos de atención sanitaria. De esta forma, se están empezando a implementar nuevos modelos asistenciales, como el Modelo Safewards. Internacionalmente, hay estudios que reflejan la efectividad de este modelo en las UHA en la reducción de las tasas de conflicto y contención. Sin embargo, en España no hay estudios que aporten datos objetivos acerca de su efectividad en este tipo de unidades. Es necesario que este tipo de modelos trasciendan y comiencen a ser implementados de forma generalizada en las UHA de España, para poder realizar estudios que abalen su efectividad a nivel nacional.
- Los profesionales de enfermería tienen un papel primordial en la garantía de la SP en las UHA, ya que son los prestadores directos de los cuidados en el paciente y quienes pasan más tiempo con ellos. Por tanto, deben conocer y poner en marcha intervenciones seguras, basadas en la evidencia científica actual que tengan como fin evitar o minimizar las probabilidades de que ocurran los eventos e incidentes adversos.
- En el ámbito de la SM, la mayor parte de la información disponible está relacionada con los daños físicos y/o somáticos que se pueden producir en los pacientes, derivados de las intervenciones sanitarias. Sin embargo, acerca de los daños o afectaciones psicológicas no se ha investigado tanto. De esta forma, sería favorable, como intervención futura y teniendo en cuenta que se trata de pacientes con una patología mental, valorar y analizar qué daños o secuelas a nivel psicológico se han podido producir en el paciente, resultado de las acciones de los profesionales de la salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Elvira Peña L. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental [Internet]. Extremadura: Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2011 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Seguridadpacienteriesgossanitariossaludmental_263.pdf
2. Cruz Antolin AJ, Otin Grasa JM, Mir Abellán R, Miñambres Donaire A, Grimal Melendo I, de la Puente Martorell ML. Qué se notifica y gestiona en seguridad del paciente en hospitalización psiquiátrica. J Healthc Qual Res [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2021];33(5):290-7. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.004>
3. Aguilera Serrano C, Heredia Pareja C, Guzmán Parra J, García Sánchez JA, Mayoral Cleries F. Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. Rev Española Enfermería Salud Ment [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2021];(1):4-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586258>
4. Cordero Jiménez J, Delgado Figueredo Rol, Jiménez Guzmán F, García Cordero S, Toledo Torres J. Seguridad del paciente con trastorno mental en el Sistema de Salud Mental de la provincia de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2012 [citado 7 de abril de 2021]; 10(6): 540-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000600013&lng=es
5. Scobie S, Minghella E, Dale C, Thomson R, Lelliott P, Hill K. Con la seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente. 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente [Internet]. Reino Unido: Agencia Nacional de Seguridad del Paciente; 2006. Traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: https://www.msccs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf.
6. Matínez Rodríguez JM, Álvarez López MA, coordinadores. Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales [Internet]. Castilla y León: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León; 2009 [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales.ficheros/327698-Guia%20Seguridad%20en%20la%20Atención%20a%20personas%20con%20Ttnos%20Mentales%20.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
8. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra:OMS; 2020 [citado 7 de abril de 2021]. Día Mundial de la Seguridad del Paciente [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2020>

9. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS 2005. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
10. Allué N, Chiarello P, Bernal E, Castells X. Assessing the economic impact of adverse events in Spanish hospitals by using administrative data. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado 7 de abril de 2021]; 28(1):48-54. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>
11. Rocco C, Garrido A. Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 [citado 11 de abril de 2021];28(5):785-95. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
12. Otálvaro Ospina AM, Valencia MA, Cardona D. Caracterización de eventos adversos en una E.S.E de primer nivel en caldas 2007-2009. Hacia la Promoc la Salud [Internet]. 2011 [citado 11 de abril de 2021];16(1):87-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a06.pdf>
13. Bañeres J, Caverio E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011 [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
14. MINSALUD. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet]. Colombia: Ministerio de Protección social; 2014 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
15. 56s SC, Hermann RC, Cullen SW. Defining Patient Safety Events in Inpatient Psychiatry. J Patient Saf [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000520>
16. Vermeulen JM, Doedens P, Cullen SW, Van Tricht J, Hermann R, Frankel M, et al. Predictors of Adverse Events and Medical Errors Among Adult Inpatients of Psychiatric Units of Acute Care General Hospitals. Psychiatr Serv [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2021];69:1087-94. Disponible en: <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201800110>
17. Slemon A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. Nurs Inq [Internet]. 2017 [citado 12 de abril de 2021];24(4): e12199. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/nin.12199>
18. Montes Rodríguez JM, Reneses Prieto B, Pérez Corrales J, del Álamo Jiménez C, Blanco Ballesteros N, Gómez Olmeda D, et al. Humanización de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica [Internet]. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2019 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Libro%20Humanización-SPM.pdf>

19. Melorose J, Perroy R, Careas S. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019 [Internet]. Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2015 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
20. Martínez Serrano J, Alcaraz Barbero F, Del Baño Sandoval S, Duque Asensio J, Gálvez Alcoba I, García Hernández M, et al. Procesos de una unidad psiquiátrica de corta estancia [Internet]. Murcia: Hospital Psiquiátrico Román Alberca; 2015 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/352448-PROCESOS-UCE-2015.pdf>
21. IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2007[citado 12 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>
22. Siu BWM, Tsang MMY, Lee VCK, Liu ACY, Tse S, Luk HSM, et al. Pathway to mental health recovery: a qualitative and quantitative study on the needs of Chinese psychiatric inpatients. BMC Psychiatry [Internet]. 2016 [citado 15 de abril de 2021];16:236. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0959-6>
23. Narayanan V, Dickinson A, Victor C, Griffiths C, Humphrey D. Falls screening and assessment tools used in acute mental health settings: A review of policies in England and Wales. Physiotherapy [Internet]. 2016 [citado 15 de abril de 2021];102(2):178-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.04.010>
24. Gallegos Sánchez S, Aguilar Rodríguez MM, Camarillo Ruíz MN. Relación de los factores de riesgo y comorbilidad en el programa de prevención de caídas en usuarios hospitalizados en un hospital psiquiátrico del sector salud. Enfermería Univ [Internet]. 2018 [citado 15 de abril de 2021];7(2):38-44. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200006
25. Chou SP, Hung TM. Comparison of clinical diagnostic effectiveness between psychiatric inpatient and wilson-sims fall risk assessment tools. J Nurs [Internet]. 2019 [citado 15 de abril de 2021];66(3):35-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31134599/>
26. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, De Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One [Internet]. 2015 [citado 15 de abril de 2021];10(6):e0128536. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
27. Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLoS One [Internet]. 2013 [citado 17 de abril de 2021];8(2):e55942. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38>
28. Pelto-Piri V, Wallsten T, Hylén U, Nikban I, Kjellin L. Feeling safe or unsafe in psychiatric inpatient care, a hospital-based qualitative interview study with inpatients in Sweden. Int J

- Ment Health Syst [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2021];13:23. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0282-y>
29. Sakinofsky I. Preventing Suicide Among Inpatients. Can J Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 17 de abril de 2021];59(3):131-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/070674371405900304>
 30. de la Espriella R. Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998–2007. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 17 de abril de 2021];39(2):268-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000200005
 31. Hilde Berg S, Rørtveit K, Walby FA, Aase K. Safe clinical practice for patients hospitalised in a suicidal crisis: a study protocol for a qualitative case study. BMJ Open [Internet]. 2017 [citado 17 de abril de 2021];7(1):e012874. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012874>
 32. Madsen T, Erlangsen A, Nordentoft M. Risk estimates and risk factors related to psychiatric inpatient suicide— An overview. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2017 [citado 17 de abril de 2021]; 14(3):253. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph14030253>
 33. Ahn SL, Lee W, Song DH. A Descriptive Study on the Civil Lawsuits of Medical Malpractice Occurred during Psychiatric Ward Treatment. Psychiatry Investig [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2021];17(9):865-70. Disponible en: <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0350>
 34. Bojanic L, Hunt IM, Baird A, Kapur N, Appleby L, Turnbull P. Early Post-Discharge Suicide in Mental Health Patients: Findings From a National Clinical Survey. Front Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2021];11:502. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00502>
 35. Haddock G, Pratt D, Gooding PA, Peters S, Emsley R, Evans E, et al. Feasibility and acceptability of suicide prevention therapy on acute psychiatric wards: randomised controlled trial. BJPsych Open [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2021];5(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.85>
 36. Gowda GS, Thamby A, Basavaraju V, Nataraja R, Naveen Kumar C, Bada Math S. Prevalence and Clinical and Coercion Characteristics of Patients who Abscond during Inpatient Care from Psychiatric Hospital. Indian J Psychol Med [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2021];41(2):144-49. Disponible en: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_188_18
 37. Dileep Kumar V, Sourav K, Nishant G, Basudeb D, Christoday Raja J, Sanjay Kumar M, et al. Absconding During Inpatient Care from a Tertiary Psychiatric Hospital: A comparative Study. Indian. J Psychol Med [Internet]. 2020 [citado 17 de abril de 2021];42(5):456-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0253717620929182>
 38. Keers RN, Williams SD, Vattakatuchery JJ, Brown P, Miller J, Prescott L, et al. Prevalence, nature and predictors of prescribing errors in mental health hospitals: a prospective multicentre study. BMJ Open [Internet]. 2014 [citado 17 de abril de 2021];4:6084.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006084>

39. Keers Id RN, Plá Cido Id M, Bennett K, Clayton K, Brown P, Ashcroft DM. What causes medication administration errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff. PLoS One [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2021]; 13(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206233.s001>
40. Soerensen AL, Lisby M, Nielsen LP, Poulsen BK, Mainz J. Risk Management and Healthcare Policy The medication process in a psychiatric hospital: are errors a potential threat to patient safety?. Risk Manag Healthc Policy [Internet]. 2013 [citado 17 de abril de 2021]; 6:23-31. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S47723>
41. Han R, Shu-xian X, Jing Z, Ying-jia Y, Jie Z, Wen-tao L, et al. Study protocol for a parallel-group, double-blinded, randomized, controlled, noninferiority trial: the effect and safety of hybrid electroconvulsive therapy compared with routine electroconvulsive therapy in patients with depression. BMC Psychiatry [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2021];19:344. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2320-3>
42. Allué N, Chiarello P, Bernal E, Castells X, Bernal Delgado E, Giraldo P et al. Assessing the economic impact of adverse events in Spanish hospitals by using administrative data. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado 17 de abril de 2021];28(1):48-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>
43. Berzins K, Baker J, Brown | Mark, Lawton R. A cross-sectional survey of mental health service users', carers' and professionals' priorities for patient safety in the United Kingdom. Heal Expect [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2021];21(6):1085-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hex.12805>
44. Escudero E, Avendaño Ben A, Cancino Dominguez K. Simulación clínica y seguridad del paciente: integración en el currículo de enfermería. Sci Med [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2021];28(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268084>
45. Alcázar Casanova F, Arrese Cosculluela MA, Caballero Martínez MV, Cercenado Sorando S, Fernández Martín J, Fernández Rodríguez O, et al. Estrategia de seguridad del paciente de Castilla-La Mancha. [Internet]. Castilla La Mancha; 2019. [citado 17 de abril de 2021].Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190513/estrategia_de_seguridad_del_paciente_de_castilla-la_mancha.pdf
46. Barnicot K, Insua-Summerhayes B, Plummer E, Hart A, Barker C, Priebe S. Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. Soc Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2017 [citado 17 de abril de 2021];52:473-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1338-4>
47. Camargo ALLS, Neto AM, Colman FT, De Citero VA. Development of psychiatric risk evaluation checklist and routine for nurses in a general hospital: Ethnographic qualitative

- study. Sao Paulo Med J [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2021];133(4):350-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2013.8100711>
48. Ruhe AM, Hebbard A, Hayes G. Assessment of venous thromboembolism risk and initiation of appropriate prophylaxis in psychiatric patients. Ment Heal Clin [Internet]. 2018 [citado 8 de abril de 2021];8(2):68-72. Disponible en: <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.03.068>
 49. da Silva Severino F, Pimentel Gomes N, de Vasconcelos F, de Freitas A, Helena C, Jorge B, et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la practica del cuidado de enfermería. Enfermería global. Enferm glob [Internet]. 2014 [citado 8 de abril de 2021];13:293-309. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300017
 50. Slemon A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. Nurs Inq [Internet]. 2017 [citado 8 de abril de 2021];24(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nin.12199>
 51. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería NNN consult [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2015 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
 52. Lázaro M, Sánchez Cobo JL. Hoja de registro de caídas. Software informático Gacela Care [Internet]. 2016. [citado 10 de abril de 2021].
 53. Cheng J, Haag AM, Olver ME. Predictors of Historical Clinical Risk Management-20 Version 3 (HCR-20:V3) summary risk ratings. Psychiatr Psychol Law [Internet]. 2019 [citado 10 de abril de 2021]; 26(4):682-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1618753>
 54. Hilde Berg S, Rørtveit K, Aase K. Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. BMC Health Serv Res [Internet]. 2017 [citado 10 de abril de 2021];17(1):73. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>
 55. Schatten HT, Gaudiano BA, Primack JM, Arias SA, Armey MF, Miller IW, et al. Monitoring, assessing, and responding to suicide risk in clinical research. J Abnorm Psychol [Internet]. 2020 [citado 8 de abril de 2021];129(1):64-9. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/31868389/>
 56. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014[citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf>
 57. Gowda G, Lepping P, Ray S, Noorthoorn E, Nanjegowda R, Kumar C, et al. Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment - A cross-sectional study. Indian J Psychiatry [Internet]. 2019 [citado 7 de abril de 2021];61(2):151-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6425791/>

58. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2021];63(2):129-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
59. Battams S, Jaeger M, Bonsack C, Flammer E, Steinert T. Involuntary medication, seclusion, and restraint in german psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Front Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 7 de abril de 2021];6:153. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153>
60. Garc P, Gonz P, Grande I. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación [Internet]. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2020 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.sepsi.org/file/Publicaciones/2020-Contencion%20personas%20estado%20de%20agitacion.pdf>
61. Guzman-Parra J, Aguilera-Serrano C, Huizing E, Bono del Trigo A, Villagrán JM, García-Sánchez JA, et al. A regional multicomponent intervention for mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2021];28(2):197-207. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jpm.12669>
62. Silva B, Golay P, Morandi S. Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: a retrospective study. *BMS Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2021];18:401. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1966-6>
63. Hamann J, John M, Holzhüter F, Siafis S, Brieger P, Heres S. Shared decision making, aggression, and coercion in inpatients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 7 de abril de 2021];63(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.88>
64. Martinez Serrano J, Alcaraz Barbero F, del Baño Sandoval S, Duque Asensio J, Gálvez Alcoba I, García Hernández M, et al. Procesos de una unidad psiquiátrica de corta estancia [Internet]. Murcia: Hospital psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud; 2015. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/299/Procesos_UPCE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
65. Jaeger M, Guzmán Parra J, Lee J-S, Ye J, Xia Z, Wang C, et al. Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Trial Front Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2021];12:576662. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576662>
66. López Fernández I, Alonso Fernández J, del Valle García M, González Llana RM, González iglesias I, García Prada H, et al. Protocolo de contención de pacientes [Internet]. Principado de Asturias: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2018 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1>

-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1

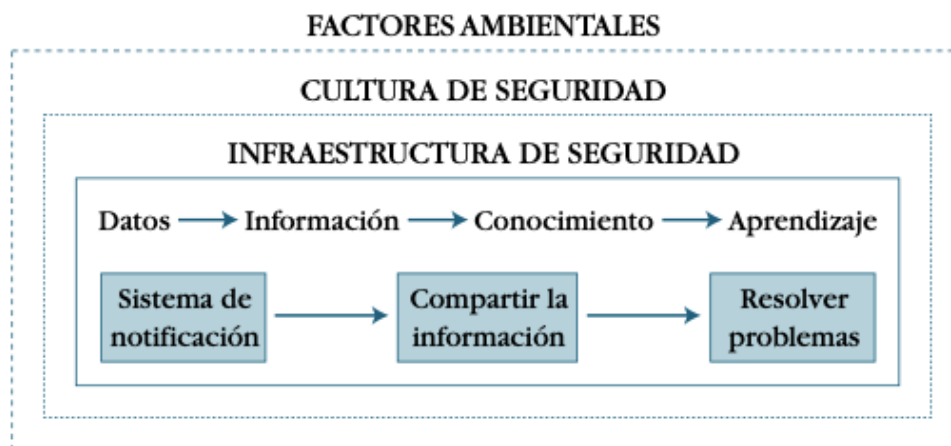
67. Galián Muñoz I, Bernal Torres J, Díaz Sánchez C, De concepción salesa A, Martínez Serrano J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad [Internet]. Murcia: Hospital de Psiquiatría Román Alberca; 2011 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf
68. Lombardo C, Van Bortel T, Wagner AP, Kaminskiy E, Wilson C, Krishnamoorthy T, et al. PROGRESS: the PROMISE governance framework to decrease coercion in mental healthcare BMJ Quality Improvement report. BMJ Open Qual [Internet]. 2018 [citado 7 de abril de 2021];7(3):332. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000332>
69. Huizing E, Reyes Taboada A, Iglesias Ruiz C, Robles Pérez C, Madueño Urbano A, Ruiz Meroño D, et al. Ambiente Terapéutico en Salud Mental [Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2010 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Ambiente_Terapeutico_SM_SAS_2010_0.pdf
70. Rodríguez Pérez B. Condiciones estructurales de seguridad de los pacientes y profesionales en los dispositivos de la red de salud mental de Extremadura [Internet]. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud; 2018 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/CONDICIONES%20ESTRUCTURALES%20DE%20SEGURIDAD%20PACIENTE%20Y%20PROFESIONALES%20SALUD%20MENTAL%20EXTREMADURA.pdf
71. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 7 de abril de 2021]. 10 datos sobre la seguridad del paciente [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es
72. Simpson A, Coffey M, Hannigan B, Barlow S, Cohen R, Jones A, et al. HEALTH SERVICES AND DELIVERY RESEARCH Cross-national mixed-methods comparative case study of recovery-focused mental health care planning and coordination in acute inpatient mental health settings (COCAPP-A). NIHR Journals Library [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2021];5(26). Disponible en: <https://doi.org/10.3310/hsdr05260>
73. Bolsinger J, Jaeger M, Hoff P, Theodoridou A, Christian Wetter T, Zinkler M, et al. Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. Front Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 7 de abril de 2021];10:965. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00965>
74. Huber C, Luciano M, Wullschleger A, Efkekmann SA, Bernard J, Kalagi J, et al. Ward Atmosphere and Patient Satisfaction in Psychiatric Hospitals With Different Ward Settings and Door Policies. Results From a Mixed Methods Study. Front Psychiatry [Internet]. 2019 [citado 7 de abril de 2021];10:576. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00576>
75. Gooding P, McSherry B, Roper C. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review.[Internet]. 1st ed. Geneva: Melbourne Social Equity Institute; 2018. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en:

https://socialequity.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf

76. Burn E, Conneely M, Leverton M, Giacco D. Giving Patients Choices During Involuntary Admission: A new intervention. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 20 de abril de 2021];10:433. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00433>
77. Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L, Molodynski A, et al. Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Front Public Health* [Internet]. 2014 [citado 20 de abril de 2021];2:37. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00037>
78. Safewards [Internet]. London: Institute of Psychiatry Health Service and Population Research [citado 7 de abril de 2021]. Modelo Básico [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.safewards.net/es/model/basico>
79. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [citado 7 de abril de 2021];21(6): 499-508. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
80. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado 20 de abril de 2021];52(9):1412-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>
81. Huber C, Oster C, Price O, Fletcher J, Buchanan-Hagen S, Brophy L, et al. Consumer Perspectives of Safewards Impact in Acute Inpatient Mental Health Wards in Victoria, Australia. *Aust Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 20 de abril de 2021];10:461. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00461>
82. Activament Catalunya Associació [Internet]. Barcelona: Activament Catalunya Associació [citado 7 de abril de 2021]. Col·laborem amb l'HUGTIP per implementar una Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica de Portes Obertes [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://activament.org/es/2020/collaborem-amb-lhugtip-per-implementar-una-unitat-dhospitalitzacio-psiquiatrica-de-portes-obertes/>
83. Hablemos de salud mental. Rediseñando los cuidados de salud mental. *Enfermería en Desarrollo* [Internet]. 2016 [citado 7 de abril de 2021];(11):11-4. Disponible en: https://enfermeriaendesarrollo.es/wpcontent/uploads/2014/01/images_documentos_En_D_11_septiembre_2016.pdf

8. ANEXOS

ANEXO I: *Marco de la seguridad y los sistemas de registro y notificación (13).*



ANEXO II: *Lista de verificación de evaluación de riesgos psiquiátricos (PRE-CL) (47).*

1. Ansiedad, agitación o agresividad que supongan un riesgo para el paciente y / o el equipo sanitario	Sí No ()
2. Alteración o cambio de comportamiento abrupto y / o marcado que suponga un riesgo para el paciente y / o el equipo sanitario	Sí No ()
3. Hipoactividad, abstinencia o tristeza que interfieren en el tratamiento o suponen un riesgo para el paciente.	Sí No ()
4. Interrupción brusca de la medicación psicotrópica	Sí No ()
5. Consumidor de tabaco	Sí No ()
6. Historial de abuso de alcohol y / o drogas	Sí No ()
7. Historia de intoxicación exógena y / o comportamiento de autolesión	Sí No ()
8. Seguimiento por un psiquiatra	Sí No ()
9. Presencia de diagnóstico psiquiátrico y / o medicación psiquiátrica	Sí No ()
10. Enfermera muy preocupada por el comportamiento del paciente.	Sí No ()
11. Enfermera muy preocupada por el comportamiento de la familia del paciente.	Sí No ()

ANEXO III: Intervenciones NIC y actividades de enfermería en la SP (51) (Elaboración propia).

INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
NIC (6486): Manejo ambiental: seguridad	<p>Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta.</p> <p>Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.</p> <p>Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.</p>
NIC (7980): Informe de incidencias	<p>Identificar los sucesos (caídas de pacientes, reacciones a transfusiones de sangre y anomalías de los equipos) que comprometan la seguridad del paciente y requieran notificación, según se defina en las normas del centro.</p> <p>Completar el(los) formulario(s) de informe de incidencias para que incluya(n) información de los hechos, número de historia clínica del paciente, diagnóstico médico y fecha de ingreso.</p> <p>Documentar las valoraciones e intervenciones de enfermería después del suceso.</p>
NIC (2395): Control de la medicación	<p>Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicaciones.</p> <p>Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia a tener un papel activo en el manejo de la medicación.</p>
NIC (5270): Apoyo emocional	<p>Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p> <p>Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</p> <p>Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</p>
NIC (6450): Manejo de las ideas delirantes	<p>Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.</p> <p>Transmitir aceptación y apoyo incondicional.</p> <p>Proteger al paciente y a otros de conductas delirantes que podrían ser dañinas.</p>

NIC (6470) Precauciones contra fugas	<p>Observar al paciente por si hubiera indicios potenciales de fuga (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, varias capas de ropa superpuestas, empaquetado de pertenencias, desorientación, ansiedad de separación, añoranza por el hogar e ideación suicida). Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad. Disponer una adecuada supervisión y control del paciente.</p>
NIC (6630): Manejo de las alucinaciones	<p>Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente. Fomentar una comunicación clara y abierta. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada.</p>
NIC (2300): Administración de medicación	<p>Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.</p>
NIC (4354): Manejo de la conducta: autolesión	<p>Determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos. Retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente. Anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas.</p>
NIC (4640): Ayuda para el control del enfado	<p>Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de enfermería u otras personas responsables durante los períodos en que aumente la tensión. Controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes de que se manifieste.</p>

NIC (5340): Presencia	<p>Mostrar una actitud de aceptación.</p> <p>Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.</p> <p>Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad y disminuir sus miedos.</p>
NIC (5360): Terapia de entretenimiento	<p>Ayudar al paciente a identificar actividades recreativas que tengan sentido para él (p. ej., deportes, teatro, juegos, artes y manualidades).</p> <p>Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.</p> <p>Proporcionar un refuerzo positivo a la participación en las actividades.</p>
NIC (5820): Disminución de la ansiedad	<p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</p> <p>Escuchar con atención.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</p>
NIC (5880): Técnica de relajación	<p>Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.</p> <p>Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.</p> <p>Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda</p>
NIC (6160): Intervención en caso de crisis	<p>Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.</p> <p>Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas del riesgo de lesiones físicas.</p> <p>Ayudar en la identificación de puntos fuertes y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.</p>
NIC (6340): Prevención del suicidio	<p>Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.</p> <p>Administrar medicación para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo, si procede.</p> <p>Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda.</p>

NIC (6480): Manejo ambiental	<p>Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles).</p> <p>Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades del paciente o de la familia.</p> <p>Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.</p>
NIC (6487): Manejo ambiental: prevención de la violencia	<p>Eliminar las armas potenciales del ambiente (objetos afilados, y elementos similares a cuerdas, como las cuerdas de una guitarra).</p> <p>Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería.</p> <p>Cerrar las habitaciones de útiles y el almacén.</p>
NIC (6580): Sujeción física	<p>Obtener una orden del médico o consultar con un médico una hora antes de que se inicie la inmovilización.</p> <p>Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánicos o manuales.</p> <p>Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.</p>
NIC (6650): Vigilancia	<p>Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente.</p> <p>Vigilar los patrones conductuales.</p> <p>Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.</p>
NIC (7920): Documentación	<p>Registrar los hallazgos completos de la valoración en la historia clínica inicial.</p> <p>Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.</p> <p>Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.</p>
NIC (7310): Cuidados de enfermería al ingreso	<p>Ofrecer una intimidad adecuada para el paciente/familia/allegados.</p> <p>Orientar al paciente/familia/allegados en las instalaciones del centro.</p> <p>Documentar la información pertinente</p>

ANEXO IV: *Diagrama del Modelo Safewards (79).*

